

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der  
Ludwig-Maximilians-Universität München

Direktor: Prof. Dr. Peter Falkai

und dem Forschungsbereich Epidemiologie und Evaluation der  
Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität

Vorstand: Prof. Dr. Manfred M. Fichter

## **Selbstverletzendes Verhalten bei Essstörungen –**

Unterschiede in der Ausprägung der Psychopathologie von  
Frauen mit Essstörungen mit selbstverletzendem Verhalten im  
Vergleich zu einer Stichprobe von Frauen mit Essstörungen  
ohne selbstverletzendes Verhalten

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Juliane Grünzner  
aus  
München

2014

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. Manfred Fichter
Mitberichterstatter:	Priv. Doz. Dr. Marianne Brigitte Müller
Dekan:	Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Reiser, FACR, FRCR
Tag der mündlichen Prüfung:	26.06.2014

## **Danksagung**

Zur Entstehung dieser Dissertationsarbeit haben viele Personen beigetragen, denen ich für ihre Unterstützung danke.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Manfred Fichter, ehemals ärztlicher Direktor der Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien/Chiemsee (jetzt Schön Klinik Roseneck) und Leiter des Forschungsbereichs Epidemiologie und Evaluation der Psychiatrischen Universitätsklinik München, für das Ermöglichen der Durchführung dieser Studie sowie die versierte und geduldige Unterstützung bis zur Fertigstellung meiner Dissertationsarbeit. Ebenso möchte ich mich in besonderer Weise bei Herrn Dipl.-Psych. Norbert Quadflieg für seine konstruktive Kritik sowie alle Anregungen und Hilfestellungen speziell im Bereich der Studienmethodik bedanken.

Des Weiteren danke ich Herrn Dr. Marian Cebulla für die Unterstützung in der gesamten Initialphase der Datenerhebung sowie den Ärzten, insbesondere Frau Dr. Silke Naab, und den Diplompsychologen der Klinik Roseneck für das Einbringen der klinischen Erfahrungen in die Entwicklung des „Inventars zur Erfassung von selbstverletzendem Verhalten bei Essstörungen“. Außerdem bedanke ich mich bei den Mitarbeiterinnen des Therapieforschungszentrums der Klinik Roseneck für die Einführung in die hier verwendeten Interviewtechniken sowie den Mitarbeitern des Forschungsbereichs Epidemiologie und Evaluation der Psychiatrischen Universitätsklinik München für die Hilfe bei der Datenauswertung. Ebenso möchte ich mich ganz herzlich bei Frau Dr. Nadine Bachetzky bedanken für ihre Unterstützung bei der Durchführung der Interviews.

Mein persönlicher Dank gilt meiner Familie sowie insbesondere meinem Ehemann, Stefan Grünzner, der mich stets mit konstruktiver Kritik sowie bei allen technischen Problemen geduldig unterstützte.

Nicht zuletzt bedanke ich mich ganz herzlich bei allen ehemaligen Patientinnen, die im Rahmen dieser Studie an den Interviews teilnahmen und somit das Entstehen dieser Arbeit erst ermöglichten. Ich wünsche Ihnen für Ihre Zukunft alles Gute.

Ich widme diese Arbeit meiner Mutter.

# Inhaltsverzeichnis

## Abkürzungsverzeichnis

## Zusammenfassung

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1.1	Stand der Forschung .....	1
1.1.1	Essstörungen .....	1
1.1.1.1	<i>Klassifikation und Diagnostik .....</i>	<i>1</i>
1.1.1.2	<i>Klinische Relevanz .....</i>	<i>4</i>
1.1.1.3	<i>Psychische Komorbidität .....</i>	<i>5</i>
1.1.2	Selbstverletzendes Verhalten .....	6
1.1.2.1	<i>Definition und Abgrenzung .....</i>	<i>6</i>
1.1.2.2	<i>Epidemiologie .....</i>	<i>6</i>
1.1.2.3	<i>Selbstverletzendes Verhalten bei Essstörungen .....</i>	<i>7</i>
1.2	Fragestellungen und Hypothesen .....	9
<b>2</b>	<b>Methoden .....</b>	<b>10</b>
2.1	Stichprobenrekrutierung .....	10
2.2	Design .....	11
2.3	Verfahrensweise bei der Nachuntersuchung .....	12
2.4	Instrumente .....	13
2.4.1	Instrumente des Interviews .....	13
2.4.1.1	<i>Strukturiertes Inventar zur Erfassung von Anorektischen und Bulimischen Eßstörungen (SIAB) .....</i>	<i>13</i>
2.4.1.2	<i>Inventar zur Erfassung von selbstverletzendem Verhalten bei Essstörungen .....</i>	<i>14</i>
2.4.1.3	<i>Interview zur Erfassung von sexuellem Missbrauch und Interview zur Erfassung von körperlicher Misshandlung .....</i>	<i>15</i>
2.4.1.4	<i>Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV – Achse I: Psychische Störungen (SKID-I) .....</i>	<i>16</i>
2.4.1.5	<i>Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV – Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II) .....</i>	<i>16</i>
2.4.1.6	<i>Zusätzliche Interviewinstrumente der DSM IV Achse-Störungen: Störungen der Impulskontrolle, Achse IV – Psychosoziale Beeinträchtigung, Achse V – Globale Beurteilung der Leistungsfähigkeit .....</i>	<i>17</i>
2.4.1.7	<i>Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) .....</i>	<i>17</i>
2.4.1.8	<i>Inanspruchnahme medizinischer und psychotherapeutischer Behandlung .....</i>	<i>18</i>
2.4.2	Weitere Befragung mittels mehrerer Fragebögen .....	18
2.4.2.1	<i>Eating Disorder Inventory (EDI-2) .....</i>	<i>19</i>
2.4.2.2	<i>Fragebogen zum Essverhalten (FEV) .....</i>	<i>19</i>
2.4.2.3	<i>Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) .....</i>	<i>20</i>

2.4.2.4	Beck-Depressions-Inventar (BDI) .....	20
2.4.2.5	Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R).....	21
2.4.2.6	Temperament and Character Inventory (TCI).....	21
2.4.2.7	Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF).....	22
2.5	Statistische Auswertung.....	22
<b>3</b>	<b>Ergebnisse.....</b>	<b>23</b>
3.1	Beschreibung der Stichprobe.....	23
3.2	“Responder” und “Katamnese Non-Responder” .....	28
3.3	Spezielle Themen im Zusammenhang mit der Selbstverletzung .....	29
3.4	Vergleich der beiden Gruppen bei Katamnese.....	41
3.4.1	Essstörungen.....	41
3.4.2	Komorbidität.....	48
3.4.3	Persönlichkeit .....	53
3.4.4	Missbrauch und Misshandlung.....	57
3.4.5	Zusätzliche Behandlung.....	59
3.5	Verlauf.....	60
<b>4</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>67</b>
4.1	Grundzüge der Aussage und Beurteilung der Studienmethodik .....	67
4.2	Spezielle Themen im Zusammenhang mit der Selbstverletzung .....	69
4.3	Vergleich der beiden Gruppen bei Katamnese.....	75
4.3.1	Essstörungen.....	75
4.3.2	Komorbidität und Persönlichkeit.....	77
4.3.2.1	Psychische Komorbidität.....	77
4.3.2.2	Persönlichkeit und Impulsivität.....	81
4.3.3	Missbrauch .....	84
4.3.4	Zusätzliche Behandlung.....	86
4.4	Verlauf.....	88
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung und Ausblick.....</b>	<b>89</b>
	<b><u>Tabellenverzeichnis</u> .....</b>	<b>94</b>
	<b><u>Abbildungsverzeichnis</u> .....</b>	<b>97</b>
	<b><u>Literaturverzeichnis</u> .....</b>	<b>98</b>
	<b><u>Anhang</u>.....</b>	<b>106</b>

## **Abkürzungsverzeichnis**

AN	Anorexia Nervosa
BDI	Beck-Depressions-Inventar
BED	Binge-Eating-Disorder
BIS-11	Barratt Impulsiveness Scale in der 11. Revision
BMI	Body Mass Index
BN	Bulimia Nervosa
bzw.	beziehungsweise
DSM IV	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen der American Psychiatric Association in der 4. Auflage
EDI-2	Eating Disorder Inventory-2
FAF	Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren
FEV	Fragebogen zum Essverhalten
KM	Körperlicher Missbrauch
KM-Art	Art des körperlichen Missbrauchs
NNB	Nicht näher bezeichnete Essstörung
ns	nicht signifikant
NSV	Frauen mit Essstörungen ohne selbstverletzendes Verhalten
PS	Persönlichkeitsstörung
SCL-90-R	Symptom-Checkliste 90-R
SIAB-EX	Inventar zur Erfassung von Anorektischen und Bulimischen Eßstörungen – Experteninterview
SIAB-S	Inventar zur Erfassung von Anorektischen und Bulimischen Eßstörungen – Selbstbeurteilungsverfahren
SKID-I	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV – Achse I: Psychische Störungen
SKID-II	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV – Achse II: Persönlichkeitsstörungen
SM	Sexueller Missbrauch
SM-Art	Art des sexuellen Missbrauchs
SV	Frauen mit Essstörungen mit selbstverletzendem Verhalten
Sv	Selbstverletzung
Sv-Art	Selbstverletzungsart
SVV	Selbstverletzendes Verhalten
TCI	Temperament and Character Inventory
vgl.	vergleiche
Y-BOCS	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

#### Anmerkungen:

Einige Termini wurden zur besseren Verständlichkeit und Anschaulichkeit direkt aus dem Englischen übernommen. Auf die Darstellung in Anführungszeichen wurde zugunsten der leichteren Lesbarkeit verzichtet.

An einigen Stellen wurde zur Vereinfachung die männliche Ausdrucksform verwendet. Diese steht stellvertretend in gleicher Weise für männliche und weibliche Betroffene.

## **Zusammenfassung**

**Ziel:** Selbstverletzendes Verhalten (SVV) bei Betroffenen mit Essstörungen ist ein bekanntes Phänomen. Dennoch existieren nur wenige kontrollierte Studien zu diesem Thema. Das Ziel dieser Studie bestand darin, Unterschiede in Essstörungspathologie, psychischer Komorbidität und Persönlichkeit, Erfahrung traumatischer Lebensereignisse sowie der Inanspruchnahme medizinischer und psychotherapeutischer Behandlung bei Patientinnen mit Essstörungen mit SVV im Vergleich zu Patientinnen mit Essstörungen ohne SVV zu erfassen.

**Methodik:** Es wurden 61 stationär behandelte Patientinnen mit Essstörungen nach 3,5 Jahren nachuntersucht. In die Untersuchungsgruppe wurden 33 Patientinnen mit Essstörungen und SVV aufgenommen. Die Vergleichsgruppe aus Patientinnen mit Essstörungen ohne SVV wurde nach Alter, Essstörungsdiagnose und Dauer der Essstörung parallelisiert. Beide Probandengruppen wurden mit den identischen Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumenten befragt. Für die Erfassung von SVV bei Essstörungen wurde im Rahmen der Arbeitsgruppe ein spezielles Inventar neu entwickelt.

**Ergebnisse:** Als häufigste Selbstverletzungsart mit der größten persönlichen Bedeutung wurde „Ritzen oder Schneiden mit einem scharfen Gegenstand“ angegeben. Das SVV begann meist in der Pubertät und etwa zeitgleich mit der Essstörung. Das Motiv lag vorwiegend in der Bewältigung von Gefühlszuständen wie Anspannung oder Selbsthass. Beim Vergleich der beiden Gruppen wiesen die Frauen mit Essstörungen mit SVV eine stärkere Ausprägung von essstörungsspezifischer Psychopathologie, mehr komorbide Störungen auf Achse I und Achse II sowie häufigere und schwerwiegendere Missbrauchserfahrungen auf. Sie nahmen zudem nach ihrer Entlassung mehr stationäre Behandlung in Anspruch als die Vergleichsgruppe.

**Schlussfolgerungen:** SVV kann bei Patienten mit Essstörungen einen Indikator für die Schwere der Psychopathologie darstellen. Die Entwicklung eines speziellen Therapiekonzepts stellt aufgrund der Heterogenität dieses Patientenkollektivs eine Herausforderung dar.



# 1 Einleitung

Selbstverletzungsverhalten bei Betroffenen mit Essstörungen ist ein bislang in systematischen Studien noch wenig erforschtes Gebiet. Dennoch ist nicht nur bei bestimmten Patientengruppen (z.B. Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung) eine Komorbidität von Essstörung und selbstverletzendem Verhalten (SVV) bekannt (Hintikka et al., 2009; Paul et al., 2002). Vielmehr scheint es zwischen beiden Störungen eine deutliche Beziehung zu geben, indem hinter den unterschiedlichen Symptomen dieselben Motive wie beispielsweise Affektbewältigung stehen (Muehlenkamp et al., 2009). In der hier vorliegenden Arbeit wurde eine kontrollierte Studie zur Erfassung der Psychopathologie bei Patientinnen mit Essstörungen mit und ohne SVV durchgeführt.

## 1.1 Stand der Forschung

### 1.1.1 Essstörungen

#### 1.1.1.1 Klassifikation und Diagnostik

Die Klassifikation von Essstörungen in der hier vorliegenden Arbeit richtet sich nach den diagnostischen Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM IV) der American Psychiatric Association in der 4. Auflage (Saß et al., 1998). Vor Kurzem wurde die 5. Auflage (DSM-5) in englischer Sprache veröffentlicht, da zum Zeitpunkt der Untersuchung jedoch das DSM IV die aktuelle Version darstellte, wird im Folgenden die Klassifikation anhand des DSM IV erläutert. Die Einteilung der Essstörungen erfolgt in drei Kategorien: die zwei spezifischen Diagnosen Anorexia Nervosa (AN) und Bulimia Nervosa (BN) sowie die Kategorie „Nicht näher bezeichnete Essstörungen“ (NNB) zur Codierung von Störungen, die nicht alle Kriterien einer spezifischen Essstörung erfüllen. Die DSM IV Kriterien sind empirisch begründet und damit besonders als Basis für Forschungsarbeiten geeignet.

Die Diagnose AN kann vergeben werden, wenn die Patienten sich weigern, ein minimales Körpergewicht zu halten (z.B. bei Frauen ab 17 Jahren ein BMI unter 17,6), starke Angst vor Gewichtszunahme, eine Körperschemastörung oder starke Abhängigkeit des Selbstwertgefühls von Figur und Körpergewicht aufweisen oder die

Bedrohlichkeit des niedrigen Körpergewichts verleugnen. Zusätzlich besteht bei postmenarchalen Frauen eine Amenorrhoe.

Zur weiteren Spezifizierung kann die Diagnose AN in zwei Subtypen unterteilt werden. Der „Binge-Eating/Purging“-Typus (F50.01) zeigt während der aktuellen anorektischen Episode regelmäßige Essattacken und/oder Purgingverhalten (selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren). Beim Restriktiven Typus (F50.00) fehlen diese beiden Verhaltensweisen, wobei die Gewichtsabnahme lediglich durch Diäten, Fasten oder regelmäßige körperliche Betätigung erreicht wird.

Diagnostische Kriterien für 307.1 Anorexia Nervosa nach den amerikanischen DSM IV Kriterien

- |    |   |
|----|---|
| A. | Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten (z.B. der Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts; oder das Ausbleiben einer während der Wachstumsperiode zu erwartenden Gewichtszunahme führt zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts). |
| B. | Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.   |
| C. | Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluß des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder Leugnen des Schweregrads des gegenwärtig geringen Körpergewichts.   |
| D. | Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe, d.h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen (Amenorrhoe wird auch dann angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nur nach Verabreichung von Hormonen, z.B. Östrogen, eintritt).   |

*Bestimme den Typus:*

**Restriktiver Typus (F50.00):** Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person keine regelmäßigen „Freßanfälle“ gehabt oder hat kein „Purging“-Verhalten (das heißt selbstinduziertes Erbrechen oder Mißbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

**„Binge-Eating/Purging“-Typus (F50.01):** Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person regelmäßig Freßanfälle gehabt und hat Purgingverhalten (das heißt selbstinduziertes Erbrechen oder Mißbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

BN (F50.2) liegt gemäß den Kriterien des DSM IV diagnostisch dann vor, wenn durchschnittlich mindestens zweimal pro Woche an mindestens drei aufeinander folgenden Monaten durchgehend Essattacken mit Kontrollverlust sowie wiederholte,

unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen auftraten. Ähnlich wie bei der AN ist dieses Krankheitsbild durch den übermäßigen Einfluss von Figur und Körpergewicht auf die Selbstbewertung gekennzeichnet. Tritt die Störung jedoch ausschließlich gleichzeitig mit Episoden von AN auf, stellt dies ein Ausschlusskriterium für die Diagnose BN dar.

Auch bei der BN werden zwei Subtypen unterschieden. In ca. 80-90% der Fälle findet man „Purging“-Verhalten mit regelmäßigem selbstinduziertem Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder seltener Klistieren. Der „Nicht-Purging“-Typus ist gekennzeichnet durch Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung als einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahme.

Diagnostische Kriterien für 307.51 Bulimia Nervosa nach den amerikanischen DSM IV Kriterien

- |    |   |
|----|---|
| A. | Wiederholte Episoden von „Freßattacken“. Eine „Freßattacken“-Episode ist gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale: <ul style="list-style-type: none"><li>(1) Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. innerhalb eines Zeitraums von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist, als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.</li><li>(2) Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Eßverhalten zu verlieren (z.B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können, noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).</li></ul> |
| B. | Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Mißbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.  |
| C. | Die „Freßattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.   |
| D. | Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.   |
| E. | Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia Nervosa auf.  |

*Bestimme den Typus:*

**„Purging“-Typus:** Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia Nervosa regelmäßig Erbrechen oder mißbraucht Laxantien, Diuretika oder Klistiere.

**„Nicht-Purging“-Typus:** Die Person hat während der aktuellen Episode der Bulimia Nervosa andere unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen gezeigt wie beispielsweise Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmäßig Erbrechen induziert oder Laxantien, Diuretika oder Klistiere missbraucht.

Unter die Kategorie NNB fallen alle Essstörungsdiagnosen, die keiner spezifischen Essstörung zugeordnet werden können bzw. nicht alle Kriterien einer der beiden oben genannten spezifischen Essstörungen erfüllen.

Beispiele für 307.50 Nicht Näher Bezeichnete Eßstörungen nach den amerikanischen DSM IV Kriterien

1. Bei einer Frau sind sämtliche Kriterien der Anorexia Nervosa erfüllt, außer dass die Frau regelmäßig Menstruationen hat (F50.1).
2. Sämtliche Kriterien der Anorexia Nervosa sind erfüllt, nur liegt das Körpergewicht der Person trotz erheblichen Gewichtsverlustes noch im Normalbereich (F50.1).
3. Sämtliche Kriterien der Bulimia Nervosa sind erfüllt, jedoch sind die „Freßattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten weniger häufig als zweimal pro Woche für eine Dauer von weniger als drei Monaten (F50.3).
4. Die regelmäßige Anwendung unangemessener, einer Gewichtszunahme gegensteuernder Maßnahmen durch eine normalgewichtige Person nach dem Verzehr kleiner Nahrungsmengen (z.B. selbstinduziertes Erbrechen nach dem Verzehr von zwei Keksen) (F50.3).
5. Wiederholtes Kauen und Ausspucken großer Nahrungsmengen, ohne sie herunterzuschlucken (F50.8).
6. „Binge-Eating-Störung“: Wiederholte Episoden von „Freßattacken“ ohne die für Bulimia Nervosa charakteristischen regelmäßigen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen (F50.9).

#### 1.1.1.2 Klinische Relevanz

Die Lifetime-Prävalenz für alle Essstörungen gemeinsam liegt bei etwa 5% (Treasure et al., 2010). In einer US-amerikanischen populationsbezogenen Studie zur Prävalenz der Essstörungen ergab sich eine Lifetime-Prävalenz für AN von 0,6%, für BN von 1,0% und für Binge-Eating-Disorder (BED) von 2,8% (Hudson et al., 2007). Die Inzidenz der AN ist seit den späten 80er Jahren stabil geblieben, während die Inzidenz der BN anstieg mit einem Höhepunkt in den 90er Jahren (Currin et al., 2005).

Essstörungen verlaufen häufig chronisch und erfordern physische und psychische Langzeit-Therapie der Patienten. Da sich bislang nur eine Minderheit allein wegen der Essstörung in Therapie begibt, wird die Anzahl der Erkrankten bzw. der eigentliche Therapiebedarf unterschätzt (Hudson et al., 2007). Es gibt nur wenige Untersuchungen zu den durch die Behandlung von Essstörungen anfallenden ökonomischen Kosten. Allein in Deutschland beliefen sich im Jahr 1998 die

Ausgaben für die medizinische Versorgung von Patienten mit AN auf 65 Millionen und mit BN auf 10 Millionen Euro, wobei diese Berechnung ausschließlich die stationären, nicht aber die ambulanten oder medikamentösen Kosten einschließt (Simon et al., 2005).

#### *1.1.1.3 Psychische Komorbidität*

Psychische Komorbidität bei Essstörungen ist vielmehr die Regel als die Ausnahme (Treasure et al., 2010). Von allen Patienten mit Essstörungen erfüllen weit mehr als die Hälfte die Kriterien für die Diagnose mindestens einer weiteren psychischen Störung nach DSM IV (Hudson et al., 2007).

Angststörungen treten signifikant häufiger als in der Allgemeinbevölkerung und bei etwa zwei Dritteln der Patienten mit Essstörungen auf. Dabei unterscheidet sich die Lifetime-Prävalenz der einzelnen Angststörungen zwischen Patienten mit AN und BN nicht. Oft manifestieren sich die Angststörungen schon vor dem Beginn der Essstörung und können die Entwicklung einer solchen prädisponieren (Kaye et al., 2004; Swinbourne & Touyz, 2007).

Häufig besteht auch eine Komorbidität von Essstörungen und affektiven Störungen. Dabei handelt es sich vorwiegend um Depression und Dysthymie. Letztere, aber auch bipolare Störungen findet man vor allem bei Patienten mit BN (Pererz et al., 2004; McElroy et al., 2005). Schmidt et al. (2008) kamen zu dem Ergebnis, dass Personen mit NNB noch häufiger an Depressionen aber auch an Zwangsstörungen erkranken als Personen mit BN. Zwangserkrankungen gehen ebenfalls mit Essstörungen einher und können ein ähnliches klinisches Erscheinungsbild aufweisen (Altman & Shankman, 2009). Damit jedoch die zusätzliche Diagnose einer Zwangsstörung gerechtfertigt ist, dürfen sich Zwangsgedanken und –handlungen nicht ausschließlich auf Nahrung, Figur oder Körpergewicht beziehen. Insbesondere Patienten mit AN vom restriktiven Typus weisen vermehrt zwanghafte und weniger impulsive Eigenschaften auf als Kontrollgruppen (Claes et al., 2006). Auf der anderen Seite wird Impulsivität vor allem beim Binge-Eating/Purging-Typus der AN und der BN beobachtet (Waxman, 2009; Fernández-Aranda et al., 2008; Claes et al., 2006). Für Patienten mit BN oder BED besteht auch ein erhöhtes Risiko für Alkohol- oder Drogenmissbrauch (Treasure et al., 2010).

Essstörungen sind in bis zu 58% mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen assoziiert (Cassin & Ranson, 2005). In der Regel geht die Persönlichkeitsstörung der Essstörung voraus und beeinflusst oft die Art der Essstörungspathologie. Demzufolge entwickeln Personen mit entweder stark kontrollierenden oder impulsiven Persönlichkeitsmerkmalen häufig auch stark kontrollierende oder impulsive Essstörungssymptome (Sansone & Sansone, 2010). Insgesamt ist die zwanghafte Persönlichkeit die häufigste Persönlichkeitsstörung beim restriktiven Typus der AN. Borderline-Persönlichkeitsstörung tritt dagegen am häufigsten beim Binge-Eating/Purging-Typus der AN sowie bei BN auf (Cassin & Ranson, 2005; Sansone et al., 2005).

Weiterhin wurde ein Zusammenhang zwischen der Erfahrung von sexuellem Missbrauch und dem Auftreten von Essstörungen gefunden (Chen et al., 2010). Dabei bedingen neben sexuellem Missbrauch auch andere traumatische Erfahrungen das Auftreten von Essstörungen, wobei dies in besonderem Maße für Patienten mit bulimischen Essstörungen beschrieben wurde (Brewerton, 2007).

### 1.1.2 Selbstverletzendes Verhalten

#### 1.1.2.1 Definition und Abgrenzung

Unter Selbstverletzung wird in der Literatur ein Verhalten verstanden, bei dem die Betroffenen absichtlich eine Verletzung des eigenen Körpergewebes herbeiführen (Pattison & Kahan, 1983; Favazza, 1998). Wichtig ist dabei, dass dieses Verhalten präzise von Selbstmordabsichten abgegrenzt wird und aus diesem Grund in der akuten Phase mit einer geringen Letalität einhergeht auch wenn langfristig das Risiko für Tod durch Selbstmord steigt (Cooper et al., 2005; Greydanus & Shek, 2009). Der eigentliche Grund des SVV wird hauptsächlich in der Affektbewältigung gesehen, beispielsweise der Reduktion von Anspannung oder Wut (Favazza, 1998; Young et al., 2007).

#### 1.1.2.2 Epidemiologie

Selbstverletzung ist ein Tabu-Thema, das jedoch keine unerhebliche gesellschaftliche Relevanz mit sich bringt. Die Prävalenz liegt in der Allgemeinbevölkerung - vor allem bei Jugendlichen - sehr viel höher, als generell angenommen. In der Literatur wird eine Lifetime-Prävalenz zwischen 7% und 17%

angegeben (Nixon et al., 2008; Young et al., 2007). Dabei betrifft SVV alle Bevölkerungsschichten und stellt nicht nur bei Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status sondern auch bei Universitätsstudenten eines der schwerwiegendsten Gesundheitsprobleme dar (Young et al., 2007; Mahadevan et al., 2010). Während die Lifetime-Prävalenz von SVV unter allen Collegestudenten mit 17,0% angegeben wird (Whitlock et al., 2006), lag sie in einer Studie speziell über Psychologiestudenten sogar bei 35%, davon verletzte sich die große Mehrheit (83%) mehr als einmal (Gratz, 2001).

Die Lifetime-Prävalenz von SVV bei Patienten mit Essstörungen liegt deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. In der Literatur wird sie zwischen 24% und 55% angegeben (Claes et al., 2001; Fichter et al., 1994; Peebles et al., 2011; Svirko & Hawon, 2007). Umgekehrt haben 54% bis 61% der Personen mit SVV eine Essstörung, was den engen Zusammenhang zwischen diesen beiden Störungen verdeutlicht (Svirko & Hawton, 2007). Bezüglich der Häufigkeit von SVV bei bestimmten Essstörungsdiagnosen gibt es keine einheitlichen Angaben. Während in einigen Studien keine signifikanten Unterschiede im Auftreten von SVV bei Patienten mit anorektischen oder bulimischen Störungen zu verzeichnen waren (Claes et al., 2001; Davis & Karvinen, 2002), wurden in anderen Arbeiten die höchsten Selbstverletzungsraten unter den Betroffenen mit BN oder NNB festgestellt (Peebles et al., 2011; Paul et al., 2002).

#### *1.1.2.3 Selbstverletzendes Verhalten bei Essstörungen*

Es gibt bislang nur wenige detaillierte Studien zu SVV bei Essstörungen, wenngleich das Auftreten von Selbstverletzung bei Betroffenen mit Essstörungen seit langem bekannt ist. Insbesondere Patienten mit zusätzlicher Borderline-Persönlichkeitsstörung neigen definitionsgemäß zu SVV (DSM IV, Saß et al., 1998). Meistens handelt es sich dabei um anorektische oder bulimische Essstörungsdiagnosen vom Binge-Eating/Purging-Typus, doch auch andere Essstörungsdiagnosen gehen mit vermehrtem SVV einher (Sansone et al., 2005; Paul et al., 2002). Einige Autoren berichten sogar von vergleichbaren Selbstverletzungsraten bei AN und BN. Dennoch ist es wichtig, zwischen AN vom restriktiven Typ und Binge-Eating/Purging-Typus zu unterscheiden (Claes et al., 2001).

Während bei allen Patienten mit Essstörungen fast regelhaft komorbide Störungen zu diagnostizieren sind (vgl. Kapitel 1.1.1.3), finden sich bei Betroffenen mit Essstörungen und SVV besonders hohe Komorbiditätsraten. Dabei wurden vor allem affektive Störungen, Angststörungen und Substanzmissbrauch, aber auch Missbrauchserfahrungen häufiger nachgewiesen als bei Betroffenen mit Essstörungen ohne SVV (Claes et al., 2001; Paul et al., 2002; Peebles et al., 2011; Skegg, 2005).



## 1.2 Fragestellungen und Hypothesen

Anorektische und bulimische Störungen sind keine seltenen Erkrankungen und möglichst frühzeitig sollte eine Therapie eingeleitet werden. Das Vorliegen von komorbiden Störungen erschwert den Verlauf und den Therapieerfolg. SVV bei Betroffenen mit Essstörungen ist ein bekanntes, jedoch bislang in nur wenigen Studien ausführlich behandeltes Thema. Welchen Einfluss Selbstverletzung bei Patienten mit Essstörungen auf die Behandlungsdauer bzw. die Chronifizierung und Schwere der psychischen Erkrankung hat, ist letztendlich noch unklar.

Im Rahmen dieser Dissertationsarbeit führte ich eine kontrollierte Studie zu relevanten Bereichen der Psychopathologie von Patienten mit Essstörungen mit und ohne SVV durch. Dabei wurden sowohl Selbst- als auch Fremdeinschätzungsinstrumente (Experten-Interviews) eingesetzt, um signifikante Unterschiede zu erfassen. Es wurden vor allem folgende Fragestellungen verfolgt:

1. Haben Betroffene mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung mit SVV ausgeprägtere bulimische Symptome als Betroffene mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung ohne SVV?
2. Weisen Betroffene mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung mit SVV eine höhere Komorbidität von affektiven Störungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch und Zwangsstörungen sowie mehr Persönlichkeitsstörungen und Impulsivität auf als Betroffene mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung ohne SVV?
3. Ist die Missbrauchsrate bei Betroffenen mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung mit SVV höher als bei Betroffenen mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung ohne SVV?
4. Nehmen Betroffene mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung mit SVV mehr bzw. häufiger medizinische und vor allem psychotherapeutische Behandlung in Anspruch als Betroffene mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung ohne SVV?

## 2 Methoden

### 2.1 Stichprobenrekrutierung

Als Grundgesamtheit für die Stichprobenauswahl dienten ausschließlich weibliche Patienten, die sich wegen einer Essstörung mindestens einmal einer stationären Behandlung in der Schön Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee unterzogen hatten. Die Stichprobenauswahl wurde auf weibliche Patienten beschränkt, da überwiegend Frauen von Essstörungen betroffen sind. Die ehemaligen Patientinnen wurden anhand der konsekutiven Aufnahme in der Schön Klinik Roseneck in den Jahren 2001 und 2002 in die Untersuchung aufgenommen (3,5-Jahres-Katamnese-Untersuchung).

Alle Patientinnen der Schön Klinik Roseneck wurden im Rahmen der Routinediagnostik zu Beginn des stationären Aufenthalts sowie bei ihrer Entlassung gebeten, einen Fragebogen (SCAN) auszufüllen, in dem sie Fragen aus verschiedenen Fragebögen zu ihrer Lebens- und Arbeitssituation sowie zu den Bereichen Familie, Essstörung und Sexualität beantworten sollten. Für die vorliegende Studie diente aus den Aufnahme-SCANs der Jahre 2001 und 2002 folgendes Item vorab als Grundlage der Stichprobenauswahl:

„Ich habe mich schon einmal absichtlich mit einem scharfen oder spitzen Gegenstand verletzt oder mir auf andere Weise Schaden zugefügt.“

(SIAB-S, Fichter & Quadflieg, 1999)

Die Patienten können zur Einschätzung dieses Items auf einer fünfstufigen Skala die Ausprägungen 0 (nie), 1 (selten/leicht), 2 (gelegentlich bis öfter/deutlich), 3 (häufig/stark) und 4 (sehr häufig/sehr stark) für die letzten drei Monate und die stärkste Ausprägung früher (exklusive der letzten drei Monate) wählen. SVV wurde als gegeben betrachtet, wenn zu mindestens einem der beiden Zeitpunkte die Ausprägung 2 oder höher angegeben wurde. Kein SVV lag vor, wenn die Ausprägung jeweils 0 betrug. Patientinnen, die zu mindestens einem der beiden Zeitpunkte als höchste Ausprägung mit 1 antworteten, wurden nicht in die Stichprobe aufgenommen, da keine eindeutige Zuordnung zu Untersuchungs- oder

Vergleichsgruppe definiert werden konnte. Für die anhand der Aufnahme-SCANs vorselektierten Probandinnen mit SVV wurde die Selbstverletzung bezüglich eines Eintrags in der Patientenakte überprüft. Konnte anhand der Patientenakte der Schön Klinik Roseneck das SVV für eine entsprechende Person verifiziert werden, wurde sie in die Stichprobe der Untersuchungsgruppe aufgenommen.

## 2.2 Design

Die Untersuchung wurde in einem 2x2-Faktoren Design realisiert. Die Gruppe der Frauen mit Essstörungen und SVV wurde mit einer Stichprobe von Frauen mit Essstörungen ohne SVV bezüglich der Unterschiede in Essstörungssymptomatik sowie weiterer Psychopathologie verglichen. Für die Auswahl der Vergleichsgruppe wurden die Patientinnen, bei denen bis zum Klinikaufenthalt kein SVV bekannt war, nach Essstörungsdiagnose, Alter und Dauer der Essstörung parallelisiert. Die Zuordnung der unterschiedlichen Essstörungsdiagnosen erfolgte dabei anhand des Algorithmus des „Strukturierten Inventars zur Erfassung von Anorektischen und Bulimischen Eßstörungen – Selbstbeurteilungsverfahren“ (SIAB-S) (Fichter & Quadflieg, 1999, vgl. Kapitel 2.4.1.1), das ebenfalls in den Aufnahme-SCANs enthalten ist. Im SIAB-S werden die einzelnen Kriterien der verschiedenen Essstörungsdiagnosen nach DSM IV erfasst, weshalb die damit gestellten Essstörungsdiagnosen objektivierbar und somit besonders als Grundlage für wissenschaftliche Fragestellungen geeignet sind.

Die Aufnahme-SCANs aus den Jahren 2001 und 2002 dienten primär der Stichprobenrekrutierung und dem Matching der Untersuchungs- und Vergleichsgruppe. Die eigentliche Datenerhebung für diese Studie erfolgte bei beiden Probandengruppen zum Katamnesezeitpunkt mit den jeweils identischen Instrumenten zur Selbstbeurteilung und Fremdeinschätzung (Experten-Interview). Sofern für Untersuchungs- und Vergleichsgruppe für beide Zeitpunkte (Aufnahme-SCANs sowie Nachuntersuchung) Daten aus denselben Instrumenten vorlagen, wurde zusätzlich der Verlauf der Psychopathologie beider Gruppen über die letzten Jahre hinweg gegenübergestellt.

### **2.3 Verfahrensweise bei der Nachuntersuchung**

Die Probandinnen der Untersuchungs- und Vergleichsgruppe bekamen jeweils einen 57-seitigen Fragebogen, der verschiedene Fragebögen und Subskalen enthielt (vgl. Kapitel 2.4.2), an diejenige Adresse zugeschickt, die sie bei ihrem letzten stationären Aufenthalt in der Schön Klinik Roseneck angegeben hatten. In einem Begleitschreiben wurde über den Zweck der Untersuchung informiert und gleichzeitig gebeten, den beiliegenden Fragebogen innerhalb von 10 Tagen zurückzuschicken. Ferner erhielten die Probandinnen die Mitteilung, dass sich ein Interviewer telefonisch zur Terminvereinbarung für ein ausführliches Telefongespräch bei ihnen melden würde.

Dem Fragebogen wurde ein Deckblatt beigefügt, auf dem die Probandin das Ausfülldatum, ihre Telefonnummer sowie Wochentage und Zeiten eintragen sollte, an denen sie am besten für die Kontaktaufnahme zu erreichen sei. Antworteten die Probandinnen nicht in der vorgegebenen Frist, bekamen sie im Abstand von 14 Tagen zwei Erinnerungsschreiben zugesandt, in denen sie wiederholt gebeten wurden, den Fragebogen zurückzuschicken. Wurden auch diese Erinnerungsschreiben nicht beantwortet, versuchte der Interviewer regelmäßig, die entsprechenden Personen bis zum Ende der Studienlaufzeit telefonisch zu erreichen, sofern die Telefonnummern über Auskunft oder Klinikdaten eruiert werden konnten. Bei denjenigen Personen, die seit ihrer Entlassung aus der Schön Klinik Roseneck verzogen waren, wurde die aktuelle Adresse beim Einwohnermeldeamt erfragt mit einem Schreiben, in dem auf die besondere Bedeutung der Studie hingewiesen wurde.

Die Interviews wurden für diese Studie ausschließlich telefonisch durchgeführt, entweder vom Forschungsbereich Epidemiologie und Evaluation der Psychiatrischen Universitätsklinik München oder dem Therapieforschungszentrum der Schön Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee aus (beide unter Leitung von Prof. Dr. M. Fichter). Ein Interviewgespräch dauerte im Durchschnitt 4 Stunden, vereinzelt auch bis zu 8 Stunden. In etwa der Hälfte der Fälle wurde das Interview auf zwei Einzeltermine verteilt, um der terminlichen Situation oder bei sehr langen Gesprächen der Konzentrationsfähigkeit der Probandinnen gerecht zu werden. Zu Beginn eines jeden Interviews wurde die Probandin auf die vertrauliche Behandlung ihrer Angaben

hingewiesen und der Interviewer erkundigte sich explizit, ob die Probandin zum gegenwärtigen Zeitpunkt das Interviewgespräch ungestört führen könne.

## 2.4 Instrumente

### 2.4.1 Instrumente des Interviews

In diesem Kapitel werden alle Instrumente näher beschrieben, die entweder nur als Interview- oder sowohl als Interview- als auch als Fragebogenversion Verwendung fanden. Lediglich diejenigen Instrumente, die ausschließlich als Selbstbeurteilungsverfahren eingesetzt wurden, werden unter dem Punkt 2.4.2 („Instrumente des Fragebogens“) behandelt.

#### *2.4.1.1 Strukturiertes Inventar zur Erfassung von Anorektischen und Bulimischen Eßstörungen (SIAB)*

Das „Strukturierte Inventar zur Erfassung von Anorektischen und Bulimischen Eßstörungen“ wurde als strukturiertes klinisches Experteninterview (SIAB-EX) sowie als Selbstbeurteilungsverfahren (SIAB-S) entwickelt (Fichter & Quadflieg, 1999). Beide Versionen fanden in der hier durchgeführten Studie Verwendung und weisen grundsätzlich einen analogen Aufbau mit gleichen Items auf.

Mit dem SIAB werden Essstörungssymptome sowie die Bereiche Depression, Angst, Sexualität und soziale Integration erfasst. Gemäß den Kriterien nach DSM IV und ICD-10 können hiermit Essstörungsdiagnosen (AN, BN, NNB) gestellt sowie die mit Essstörungen häufig assoziierte psychische Komorbidität erhoben werden. Die Probanden beantworten insgesamt 87 Fragen, die vorwiegend auf einer Schweregradskala von 0 (nicht vorhanden) bis 4 (sehr stark bzw. sehr häufig vorhanden) codiert werden. Die Beurteilung erfolgt dabei jeweils für zwei getrennte Zeiträume. Einerseits wird die Ausprägung der Symptomatik zum gegenwärtigen Zeitpunkt („jetzt“: letzte 3 Monate), andererseits Lifetime (Maximum an Psychopathologie in dem Zeitraum von Beginn der Pubertät bis 3 Monate vor der Untersuchung) erfasst.

Für das SIAB-EX ergaben sich durch Faktorenanalysen die sechs Subskalen „Körperschema und Schlankkeitsideal“ (1), „Allgemeine Psychopathologie“ (2),

„Sexualität und Soziale Integration“ (3), „Bulimische Symptome“ (4), „Gegensteuernde Maßnahmen“, „Fasten“, „Substanzmissbrauch“ (5) und „Atypische Essanfälle“ (6) (Fichter & Quadflieg, 1999). Die Summenwerte dieser sechs Subskalen werden zu einem Gesamt-Summenwert zusammengefasst. Im Vergleich mit bestehenden Fremd- und Selbsteinschätzungsverfahren zeigte sich für das SIAB eine befriedigende konvergente und diskriminante Konstruktvalidität (Fichter & Quadflieg, 1999). Sensitivität und Spezifität wurden als sehr gut beurteilt (Fichter & Quadflieg, 2001).

#### *2.4.1.2 Inventar zur Erfassung von selbstverletzendem Verhalten bei Essstörungen*

Das „Inventar zur Erfassung von selbstverletzendem Verhalten bei Essstörungen“ wurde im Rahmen der Arbeitsgruppe unter Kenntnisnahme veröffentlichter Instrumente neu entwickelt, da die bestehenden Instrumente für die Bearbeitung des Themas unzureichend waren. Das neu entwickelte Instrument wurde sowohl als halbstrukturiertes Experteninterview als auch Selbstbeurteilungsverfahren verfasst. Es enthält die Beschreibung von Schweregrad und Häufigkeit verschiedener Selbstverletzungsarten sowie Angaben zur näheren Charakterisierung der selbstverletzenden Verhaltensweise. Die Inhalte wurden aufgrund von Literaturrecherchen und Erfahrungen von Ärzten und Diplom-Psychologen, die im Bereich der Essstörungen therapeutisch und/oder wissenschaftlich tätig sind, formuliert.

In der neu entwickelten Interviewversion werden den Probanden vorab sechs Screeningfragen gestellt, die unter Berücksichtigung von häufigen Selbstverletzungsarten selbstschädigende Tendenzen aufzeigen bzw. ausschließen sollen. Wird mindestens eine der Screeningfragen bejaht, wird das vollständige „Interview zur Erfassung von selbstverletzendem Verhalten bei Essstörungen“ durchgeführt. Anhand von 49 Items werden die Probanden nach der Durchführung einzelner Selbstverletzungsarten innerhalb der letzten 4 Wochen und „früher“ (ab dem 10. Lebensjahr bis 4 Wochen vor der Untersuchung) gefragt. Anschließend sollen sie die drei wesentlichen Selbstverletzungsarten angeben, die für sie persönlich die größte Bedeutung hatten. Auf einer 5-stufigen Skala werden davon Schweregrad („keine Selbstverletzung“ bis „sehr schwere Selbstverletzung“) und Häufigkeit („nie“ bis „sehr häufig“) für beide Zeiträume getrennt erfasst. Weiterhin

werden die Probanden gebeten, die Körperstelle, an welcher die Selbstverletzung ausgeübt wurde, sowie den Grund für die Selbstverletzung anzugeben. Für die beiden letzten Dimensionen können auch mehrere Nennungen erfolgen, die wiederum jeweils auf die beiden oben beschriebenen Zeiträume bezogen werden. In 19 weiteren Items werden die Probanden über zusätzliche Details zu ihrem SVV interviewt. Hierbei sind die Fragen entweder geschlossen oder teilweise bzw. vollständig offen gestellt.

Das neu entwickelte „Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung von selbstverletzendem Verhalten“ enthält zunächst die gleichen 49 Items, in denen nach der Durchführung einzelner selbstverletzender Verhaltensweisen gefragt wird. Zusätzlich erfolgt eine detaillierte Erhebung der Gefühle, die bei den Probanden vor, während und nach der Selbstverletzung auftraten.

#### *2.4.1.3 Interview zur Erfassung von sexuellem Missbrauch und Interview zur Erfassung von körperlicher Misshandlung*

Sowohl das „Interview zur Erfassung von sexuellem Missbrauch“ als auch das „Interview zur Erfassung von körperlicher Misshandlung“ wurden im Rahmen der Arbeitsgruppe für die vorliegende Studie ebenfalls neu entwickelt, um eine ausreichende Erfassung dieser Themengebiete zu gewährleisten.

Zu Beginn des „Interviews zur Erfassung von sexuellem Missbrauch“ wird eine Screeningfrage gestellt, die die Erfahrung von Androhung oder Anwendung sexueller bzw. exhibitionistischer Handlungen oder von verbalen sexuellen Annäherungen erfasst. Insgesamt können maximal drei verschiedene sexuelle Missbrauchserfahrungen nach Art, Dauer, Täterbeschreibung und Folgen der sexuellen Handlung codiert werden.

Analog wird auch das „Interview zur Erfassung von körperlicher Misshandlung“ mit einer Screeningfrage eingeleitet, die eine körperliche Misshandlung, die das körperliche Wohlbefinden oder die körperliche Unversehrtheit mehr als nur unerheblich beeinträchtigt, aufzeigt. Anschließend können auch hier maximal drei verschiedene körperliche Misshandlungserfahrungen nach Art, Dauer, Täterbeschreibung und Folgeerscheinungen codiert werden.

#### *2.4.1.4 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV – Achse I: Psychische Störungen (SKID-I)*

Das Strukturierte Klinische Interview für DSM IV – Achse I: Psychische Störungen (SKID-I) (Wittchen et al., 1997) ist ein halbstrukturiertes Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen und Syndrome nach DSM IV. In der vorliegenden Studie wurden die Sektionen „Affektive Symptome“ (Sektion A) und „Differentialdiagnose affektiver Störungen“ (Sektion D), „Psychotische und assoziierte Symptome“ (Sektion B), „Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen“ (Sektion E) sowie „Angststörungen“ (Sektion F) verwendet. Die meisten Diagnosen werden sowohl im Hinblick auf die gesamte Lebensspanne, als auch auf den derzeitigen Zustand (letzte 4 Wochen vor dem Interview) mit zusätzlicher Information über Beginn und Verlauf erhoben. Die Codierung der einzelnen Items erfolgt auf einer dreistufigen Skala von 1 (nicht vorhanden) bis 3 (vollständig erfüllt). Die Reliabilität des SKID ist als befriedigend anzusehen (Wittchen et al., 1997).

#### *2.4.1.5 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV – Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II)*

Das Strukturierte Klinische Interview für DSM IV – Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II) (Fydrich et al., 1997) ist ein halbstrukturiertes Interview zur Diagnostik von zwölf Persönlichkeitsstörungen nach DSM IV (zehn auf Achse II und zwei im Anhang von DSM IV). Für die vorliegende Studie wurden lediglich die relevanten Bereiche herausgegriffen. Ohne den vorgeschalteten Screeningfragebogen bekamen die Probandinnen jeweils direkt die Interviewfragen zu selbstunsicherer, dependenter, zwanghafter, negativistischer, depressiver, paranoider, histrionischer, narzisstischer, Borderline- und antisozialer Persönlichkeitsstörung gestellt.

Die einzelnen Items werden mit einer Ausprägung von „1“ (nicht vorhanden) bis „3“ (vollständig erfüllt) codiert. Eine Persönlichkeitsstörung kann jeweils dann diagnostiziert werden, wenn eine gewisse Mindestanzahl an Items mit der Ausprägung 3 erreicht wird.



#### *2.4.1.6 Zusätzliche Interviewinstrumente der DSM IV Achse-Störungen: Störungen der Impulskontrolle, Achse IV – Psychosoziale Beeinträchtigung, Achse V – Globale Beurteilung der Leistungsfähigkeit*

Die Fragen zu Störungen der Impulskontrolle wurden in der Arbeitsgruppe (Salkow, Fichter, Quadflieg) als Fremdbeurteilungsinstrument entwickelt und inhaltlich nach den explosiblen Störungen gemäß DSM IV formuliert. Demnach gilt als Störung der Impulskontrolle das Versagen, dem Impuls oder der Versuchung zu widerstehen, eine Handlung auszuführen, die für die Person selbst oder für andere schädlich ist (DSM IV, Saß et al., 1998). Als relevante Bereiche der Impulskontrollstörungen werden „Intermittierende Explosible Störung“, „Kleptomanie“, „Pyromanie“, „Pathologisches Spielen“, „Trichotillomanie“ und „Zwanghaftes Einkaufen“ erhoben. Die Ausprägung reicht von 1 („nicht vorhanden“) bis 3 („kriteriumsgemäß vorhanden“) und wird jeweils für den derzeitigen Zustand sowie Lifetime bestimmt.

In DSM IV Achse – IV: Psychosoziale Beeinträchtigung werden den Probanden halboffene Fragen zu folgenden psychosozialen Problemen gestellt: Probleme mit primären Bezugsgruppen, mit dem sozialen Umfeld, in der Schule bzw. Ausbildung, bei der Arbeit, zu Hause, finanzielle Probleme, Probleme mit der Gesundheitsversorgung, Probleme in Zusammenhang mit Gesetzesüberschreitung oder kriminellen Delikten sowie andere psychosoziale Probleme. Zu jedem Bereich kann der Interviewer berichtete Details bzw. Bemerkungen ergänzen.

Die DSM IV – Achse V: Globale Beurteilung der Leistungsfähigkeit dient der Beurteilung der derzeitigen psychischen, sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit eines Probanden. Auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen seelischer Gesundheit und Krankheit (10 bis 90) wird die Woche mit der geringsten Leistungsfähigkeit des vergangenen Monats codiert.

#### *2.4.1.7 Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)*

Die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) wurde von Goodman et al. 1986 entwickelt (überarbeitete Fassung 1989) und ist ein halb strukturiertes Interview zur Erfassung der Symptomatik und des Schweregrades einer Zwangsstörung. In dieser Studie fand die deutsche Fassung Anwendung (Büttner-Westphal & Hand, 1991). Zunächst werden anhand einer Symptom-Checkliste verschiedene

Zwangsgedanken und Zwangshandlungen erfragt und anschließend in 10 Items bezüglich ihres Schweregrads beurteilt. Weitere formulierte aber nicht ausreichend bezüglich ihrer Validität und Reliabilität untersuchte Items, die nicht in den Gesamtscore eingehen, wurden für diese Studie nicht erfasst. Die Bewertung der einzelnen Items bezieht sich auf die letzte Woche vor dem Interview einschließlich der Interviewzeit selbst. Die Ausprägung reicht jeweils von 0 (nicht vorhanden) bis 4 (extrem ausgeprägt). Der Gesamtscore liegt demnach zwischen 0 und 40. Dabei können Denk- und Handlungszwänge getrennt dargestellt werden (Summe der Items 1–5 bzw. 6–10) (Büttner-Westphal & Hand, 1991). Die Y-BOCS wird als valides Instrument eingeschätzt (Goodman et al., 1989), die Reliabilität der deutschen Version ist als gut zu bewerten (Jacobsen et al., 2003).

#### *2.4.1.8 Inanspruchnahme medizinischer und psychotherapeutischer Behandlung*

Die Fragen zum Inanspruchnahmeverhalten medizinischer und psychotherapeutischer Behandlung wurden von der Arbeitsgruppe speziell für die vorliegende Studie zusammengefasst und finden in gleicher Version sowohl im Interview als auch im Fragebogen Verwendung. Hierbei werden Anzahl und Grund von Haus- und Facharztbesuchen, psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung, einer Inanspruchnahme von psychosozialen Beratungsstellen oder von Selbsthilfegruppen nach der Entlassung aus der Schön Klinik Roseneck erfasst. Ebenso sind Fragen nach Anzahl und Grund, aber auch Dauer eines Aufenthalts in stationären Einrichtungen (Akutkliniken, Kur-/Rehakliniken, psychosomatischen bzw. psychotherapeutischen Kliniken oder psychiatrischen Kliniken) enthalten.

#### 2.4.2 Weitere Befragung mittels mehrerer Fragebögen

Zu Beginn des Fragebogens sollten die Probandinnen zunächst einige Fragen zu ihrer sozialen Situation sowie zu ihrem Gesundheitszustand beantworten. Der eigentliche Fragebogen setzte sich aus folgenden Instrumenten zusammen: SIAB-S (vgl. Kapitel 2.4.1.1), Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) (Garner, 1991), Fragebogen zum Essverhalten (FEV) (Pudel & Westenhöfer, 1989), Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung von selbstverletzendem Verhalten bei Essstörungen (vgl. Kapitel 2.4.1.2), Barratt Impulsiveness Scale in der 11. Revision (BIS-11) (Patton et al., 1995), Beck-Depressions-Inventar (BDI) (Hautzinger et al., 1994), Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R) (Franke, 1995), Temperament and Character Inventory (TCI) (Richter et al., 1999), Fragebogen zur Erfassung von

Aggressivitätsfaktoren (FAF) (Hampel & Selg, 1998) und Inanspruchnahmeverhalten medizinischer und psychotherapeutischer Behandlung (vgl. Kapitel 2.4.1.8).

#### *2.4.2.1 Eating Disorder Inventory (EDI-2)*

Das Eating Disorder Inventory (EDI) ist ein international anerkanntes Selbsteinschätzungsinstrument zur Erfassung der spezifischen Psychopathologie bei Personen mit AN und BN. Die Originalversion des EDI besteht aus 64 Items, die zu folgenden 8 Skalen zusammengefasst werden: Schlankheitsstreben, Bulimie, Unzufriedenheit mit dem Körper, Ineffektivität, Perfektionismus, Misstrauen, Interozeptive Wahrnehmung und Angst vor dem Erwachsenwerden. In der hier verwendeten Version EDI-2 (Garner, 1991) finden sich neben den ursprünglichen 64 weitere 27 Items, aus denen drei zusätzliche Merkmalsdimensionen (Askese, Impulsregulation und soziale Unsicherheit) gebildet werden können.

Auf einer 6-stufigen Skala mit den Ausprägungen „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“, „sehr oft“ und „immer“ (0-5) sollen die Probanden ihren derzeitigen Gefühlszustand beurteilen. Die Antworten jedes Items werden von 0 bis 3 gewichtet, wobei die stärkste Symptomausprägung („immer“ bzw. „nie“ je nach positiver oder negativer Formulierung des Items) den Wert „3“, die beiden nachfolgenden Abstufungen „2“ bzw. „1“ und alle anderen Antwortmöglichkeiten den Wert „0“ als Codierung erhalten (Garner, 1991). Zur Berechnung des Gesamtscores werden die einzelnen Itemscores miteinander addiert. Für das EDI-2 ergaben sich gute Validitätsmaße (Paul & Thiel, 2005).

#### *2.4.2.2 Fragebogen zum Essverhalten (FEV)*

Der Fragebogen zum Essverhalten (FEV) (Pudel & Westenhöfer, 1989) wurde als deutsche Version des Three Factor Eating Questionnaire (Stunkard & Messick, 1985) entwickelt. Anhand von 51 Items werden drei Dimensionen des menschlichen Essverhaltens erfasst.

Die erste Skala („Kognitive Kontrolle“) beschreibt das Ausmaß der kognitiven Kontrolle des Essverhaltens. Hierbei wird durch gezügeltes Essen eine eingeschränkte Nahrungsaufnahme mit dem Ziel der Gewichtsreduzierung angestrebt. Skala 2 („Störbarkeit des Essverhaltens“) misst das Ausmaß der Störbarkeit des Essverhaltens durch Außenreize oder Emotionen der Testperson.

Die dritte Skala („Erlebte Hungergefühle“), die oft mit Skala 2 korreliert, zeigt das Ausmaß von Hungergefühlen und deren Verhaltensbeeinflussung. Der FEV wurde bezüglich seiner Validität und Reliabilität überprüft (Pudel & Westenhöfer, 1989).

#### *2.4.2.3 Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)*

Als Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Impulsivität wurde für diese Studie die Barratt Impulsiveness Scale in der 11. Revision (BIS-11) (Patton et al., 1995) verwendet. Anhand von 30 Items sollen die Probanden in einem vierfach abgestuften Antwortschlüssel die Häufigkeit bestimmter Verhaltensweisen beurteilen.

Die BIS-11 enthält drei Subskalen, die Faktoren zweiter Ordnung darstellen und die drei Erscheinungsformen von Impulsivität differenzieren: Motorische, kognitive und nichtplanende Impulsivität. Die motorische Impulsivität (aus den Faktoren „motor impulsiveness“ und „perseverance“) spiegelt dabei die Neigung wider, zu handeln ohne zu überlegen oder mögliche Konsequenzen abzuwägen. Die zweite Skala (aus den Faktoren „cognitive instability“ und „attention“) repräsentiert kognitive Instabilität sowie die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf Probleme zu fokussieren. Kognitive Impulsivität äußert sich beispielsweise in einer schnellen Entscheidungsbereitschaft. Nichtplanende Impulsivität (aus den Faktoren „self-control“ und „cognitive complexity“) beinhaltet den Mangel an Voraussicht und zukunftsorientierter Problemlösung (Costello, 1995; Patton et al., 1995). Die interne Konsistenz der BIS-11 ist akzeptabel (Patton et al., 1995).

#### *2.4.2.4 Beck-Depressions-Inventar (BDI)*

Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) ist ein international anerkanntes Selbstbeurteilungsverfahren, das die Schwere depressiver Symptomatik erfasst. In dieser Studie wurde die evaluierte deutsche Version (Hautzinger et al., 1994) verwendet. Das BDI besteht aus 21 alphabetisch geordneten Items, die charakteristische depressive Symptome erfassen: (A) traurige Stimmung, (B) Pessimismus, (C) Versagen, (D) Unzufriedenheit, (E) Schuldgefühle, (F) Strafbedürfnis, (G) Selbsthass, (H) Selbstanklagen, (I) Selbstmordimpulse, (J) Weinen, (K) Reizbarkeit, (L) sozialer Rückzug und Isolierung, (M) Entschlussunfähigkeit, (N) negatives Körperbild, (O) Arbeitsunfähigkeit, (P) Schlafstörungen, (Q) Ermüdbarkeit, (R) Appetitverlust, (S) Gewichtsverlust, (T) Hypochondrie und (U) Libidoverlust. Jedes Item enthält vier Aussagen, deren

Ausprägung von 0 (nicht vorhanden) bis 3 (stark vorhanden) reicht (Hautzinger et al., 1994). Die Probanden wählen hierbei mindestens eine Aussage von jeder Antwortgruppe aus, die für sie in der vorangegangenen Woche einschließlich des Untersuchungstages selbst, am stärksten zutraf.

Die Auswertung des BDI erfolgt durch Addition der angekreuzten Aussagen. Bei Mehrfachnennung innerhalb einer Gruppe zählt nur die Aussage mit der höchsten Ausprägung für die Ermittlung des Summenwertes. Der BDI-Gesamtscore gilt als Depressionsindex und liegt zwischen 0 und 63. Beträgt er weniger als 11 Punkte, gilt dieses Ergebnis als unauffällig, Punktwerte zwischen 11 und 17 sprechen für milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome, ein Gesamtscore von 18 oder mehr Punkten wird als klinisch relevant angesehen (Hautzinger et al., 1994). Die Reliabilität und Validität des BDI ist nachgewiesen (Hautzinger et al., 1994).

#### *2.4.2.5 Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R)*

Mit der Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R) (Franke, 1995) wird die durch psychische und körperliche Symptome verursachte Beeinträchtigung eines Probanden in den vergangenen sieben Tagen erfasst. Die Probanden bewerten 90 Items auf einer fünfstufigen Skala mit den Ausprägungen 0 (überhaupt nicht) bis 4 (sehr stark). Die psychische Belastbarkeit, die durch die einzelnen Items gemessen wird, lässt sich folgenden neun Skalen zuordnen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus.

Zudem können drei Globale Kennwerte berechnet werden: Der „global severity index“ (GSI) erfasst die grundsätzliche psychische Belastung, der „positive symptom distress index“ (PSDI) die Intensität der Antworten und der „positive symptom total“ (PST) die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Die Test-Retest-Reliabilität liegt im zufriedenstellenden bis guten, die interne Konsistenz im guten Bereich (Franke, 1995).

#### *2.4.2.6 Temperament and Character Inventory (TCI)*

Das Temperament and Character Inventory (TCI) (Cloninger et al., 1993) bzw. seine deutsche Fassung (Richter et al., 1999) dient der Diagnostik der Persönlichkeitsstruktur. Anhand von 240 dichotomen Items werden vier

Temperament- (Neugierverhalten/ „novelty seeking“, Schadensvermeidung/ „harm avoidance“, Belohnungsabhängigkeit/ „reward dependence“, Beharrungsvermögen/ „persistence“) und drei Charakterdimensionen (Selbstlenkungsfähigkeit/ „self-directedness“, Kooperativität/ „cooperativeness“, Selbsttranszendenz/ „self-transcendence“) erfasst. Die Temperament- und Charakterdimensionen können in einzelne Subskalen weiter aufgeteilt werden.

#### *2.4.2.7 Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF)*

Der Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF) (Hampel & Selg, 1998) misst die Bereitschaft zu aggressivem Verhalten. 77 dichotome Items werden in fünf Aggressionsfaktoren eingeordnet: 1) spontane Aggressivität; 2) reaktive Aggressivität; 3) Erregbarkeit (mit den Qualitäten Ärger und Wut); 4) Selbstaggression bzw. Depression und 5) Aggressionshemmung. Zudem wird anhand einer Kontrollskala die Bereitschaft zur offenen Fragebogenbeantwortung erfasst. Die Werte der ersten drei Faktoren lassen sich zu einem Summenwert für die nach außen gerichtete Aggressivität zusammenfassen (Hampel & Selg, 1998).

## **2.5 Statistische Auswertung**

Die Daten wurden mit dem Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Version 11.0 ausgewertet. Gruppenvergleiche erfolgten mit  $\chi^2$ -Tests, t-Tests und Varianzanalysen. Das festgelegte Signifikanzniveau lag bei 0,05.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Beschreibung der Stichprobe

Tabelle 1 Alter und Gewicht von Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Aufnahme

	<b>SV</b> <b>N=33</b> <b>M</b> <b>(SD)</b>	<b>NSV</b> <b>N=28</b> <b>M</b> <b>(SD)</b>	<b>t-Test</b> <b>(df=59)</b>
Alter bei Aufnahme	24,55 (6,90)	27,80 (7,36)	ns
Body Mass Index	20,39 (9,11) <sup>1</sup>	19,35 (6,12)	ns

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; M = Mittelwert;  
SD = Standardabweichung; ns = nicht signifikant  
Anmerkung: <sup>1</sup>) N=32

Die Patientinnen mit Essstörungen ohne SVV waren bei Aufnahme älter und hatten ein etwas geringeres Gewicht als die Patientinnen mit Essstörungen mit SVV. Die Unterschiede in Alter und Body Mass Index (BMI) waren allerdings nicht signifikant. Tabelle 1 gibt einen Überblick über Alter und Gewicht der Patientinnen bei Aufnahme.

Tabelle 2 Verteilung der soziodemographischen Merkmale bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Aufnahme

	SV N=33 N (%)	NSV N=26 N (%)	Chi <sup>2</sup> -Test
<b><u>Familienstand</u></b>			
Ledig ohne Partner	19 (57,6%)	12 (46,2%)	ns
Ledig mit Partner	10 (30,3%)	7 (26,9%)	
Verheiratet	2 (6,1%)	5 (19,2%)	
Geschieden, verwitwet ohne Partner	2 (6,1%)	1 (3,8%)	
Geschieden, verwitwet mit Partner	0 (0,0%)	1 (3,8%)	
Chi <sup>2</sup> -Test (df=4)			ns
<b><u>Schulabschluss</u></b>			
Geringerer Schulabschluss	18 (72,0%) <sup>1</sup>	9 (37,5%) <sup>2</sup>	5,9 <sup>a</sup>
Hauptschule	3 (12,0%) <sup>1</sup>	1 (4,2%) <sup>2</sup>	
Realschule, Fachschule mit Abschluss	2 (8,0%) <sup>1</sup>	5 (20,8%) <sup>2</sup>	
Realschule, Fachschule ohne Abschluss	13 (52,0%) <sup>1</sup>	3 (12,5%) <sup>2</sup>	
Höherer Schulabschluss	7 (28,0%) <sup>1</sup>	15 (62,5%) <sup>2</sup>	
Abitur	1 (4,0%) <sup>1</sup>	3 (12,5%) <sup>2</sup>	13,1 <sup>a</sup>
Höhere Fachschule mit Abschluss	6 (24,0%) <sup>1</sup>	9 (37,5%) <sup>2</sup>	
Hochschule ohne Abschluss	0 (0,0%) <sup>1</sup>	3 (12,5%) <sup>2</sup>	
Chi <sup>2</sup> -Test (df=1)			5,9 <sup>a</sup>
Geringerer versus höherer Schulabschluss			
Chi <sup>2</sup> -Test (df=5)			13,1 <sup>a</sup>
Einzelne Schulabschlüsse			
<b><u>Berufliche Stellung</u></b>			
Freiberuflich tätig	1 (3,3%) <sup>3</sup>	0 (0,0%) <sup>1</sup>	ns
Beamte / Angestellte in höherer oder leitender Position	1 (3,3%) <sup>3</sup>	2 (8,0%) <sup>1</sup>	
Arbeiterin / Facharbeiterin	8 (26,7%) <sup>3</sup>	5 (20,0%) <sup>1</sup>	
Hausfrau	0 (0,0%) <sup>3</sup>	1 (4,0%) <sup>1</sup>	
Studentin	16 (53,3%) <sup>3</sup>	10 (40,0%) <sup>1</sup>	
Arbeitslos	4 (13,3%) <sup>3</sup>	7 (28,0%) <sup>1</sup>	
Chi <sup>2</sup> -Test (df=5)			

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; ns= nicht signifikant; <sup>a</sup>) = p < 0,05  
 Anmerkung: <sup>1</sup>) N=25; <sup>2</sup>) N =24; <sup>3</sup>) N=30

Bei Aufnahme war ein größerer Prozentsatz der Patientinnen mit Essstörungen ohne SVV verheiratet, ohne dass dieser Unterschied statistisch signifikant war. Bezüglich des Schulabschlusses ergab sich ein signifikanter Unterschied darin, dass die



Patientinnen ohne SVV häufiger eine höhere Schule besucht oder bereits einen höheren Schulabschluss absolviert hatten. Bei der beruflichen Stellung zeigte sich wiederum kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die soziodemographischen Daten bei Aufnahme.

Tabelle 3 Verteilung der soziodemographischen Daten bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	<b>SV N=31 N (%)</b>	<b>NSV N=26 N (%)</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Test</b>
<b><u>Berufliche Stellung</u></b>			
Freiberuflich tätig	1 (3,7%) <sup>1</sup>	0 (0,0%)	
Selbständig	1 (3,7%) <sup>1</sup>	1 (4,5%) <sup>2</sup>	
Beamte / Angestellte in höherer oder leitender Position	1 (3,7%) <sup>1</sup>	2 (9,1%) <sup>2</sup>	
Beamte / Angestellte in mittlerer oder niedrigerer Position	5 (18,5%) <sup>1</sup>	6 (27,3%) <sup>2</sup>	
Arbeiterin / Facharbeiterin	0 (0,0%)	2 (9,1%) <sup>2</sup>	
Hausfrau	0 (0,0%)	2 (9,1%) <sup>2</sup>	
Studentin	9 (33,3%) <sup>1</sup>	6 (27,3%) <sup>2</sup>	
Arbeitslos	2 (7,4%) <sup>1</sup>	2 (7,4%) <sup>2</sup>	
Arbeitsunfähig / berentet	6 (22,2%) <sup>1</sup>	0 (0,0%) <sup>2</sup>	
Derzeit nicht berufstätig	2 (7,4%) <sup>1</sup>	1 (4,5%) <sup>2</sup>	
Chi <sup>2</sup> -Test (df=9)			ns
<b><u>Familienstand und Partnerschaft</u></b>			
Ledig	26 (81,3%) <sup>3</sup>	18 (69,2%)	
Verheiratet	4 (12,5%) <sup>3</sup>	5 (19,2%)	
Getrennt lebend	2 (6,3%) <sup>3</sup>	1 (3,8%)	
Geschieden	0 (0,0%) <sup>3</sup>	2 (7,7%)	
Chi <sup>2</sup> -Test (df=3)			ns
Derzeitige Partnerschaft	18 (56,3%) <sup>3</sup>	18 (66,7%) <sup>1</sup>	
Chi <sup>2</sup> -Test (df=1)			ns
<b><u>Wohnsituation</u></b>			
Allein	11 (34,4%)	10 (37,0%)	
Bei Eltern	4 (12,5%)	3 (11,1%)	
Zusammen mit Partner/verheiratet	4 (12,5%)	5 (18,5%)	
Zusammen mit Partner/unverheiratet	8 (25,0%)	3 (11,1%)	
In einer Wohngemeinschaft	3 (9,4%)	4 (14,8%)	
Sonstiges	2 (6,3%)	2 (6,3%)	
Chi <sup>2</sup> -Test (df=5)			ns

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; ns = nicht signifikant

Anmerkung: <sup>1)</sup> N=27; <sup>2)</sup> N=22; <sup>3)</sup> N=32

Bei Katamnese waren mehr Frauen mit Essstörungen und SVV arbeitsunfähig geschrieben bzw. berentet. Sie waren außerdem häufiger ledig und wohnten unverheiratet zusammen mit ihrem Partner. Ein größerer Prozentsatz der Frauen mit Essstörungen ohne SVV war geschieden. All diese Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 4 Verteilung von subjektiver Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes und der Gewichtsprobleme seit Entlassung aus der Schön Klinik Roseneck bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	<b>SV</b> <b>N=32</b> <b>N (%)</b>	<b>NSV</b> <b>N=27</b> <b>N (%)</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Test</b>
<b><u>Allgemeiner Gesundheitszustand</u></b>			
Sehr gut	3 (9,4%)	2 (7,4%)	
Gut	9 (28,1%)	17 (63,0%)	
Mäßig	10 (31,3%)	6 (22,2%)	
Schlecht	7 (21,9%)	1 (3,7%)	
Sehr schlecht	3 (9,4%)	1 (3,7%)	
Chi <sup>2</sup> -Test (df=4)			ns
<b><u>Gewichtsprobleme</u></b>			
Konstant	1 (3,2%) <sup>1</sup>	2 (7,4%)	
Schwankung um 1-2 kg	4 (12,9%) <sup>1</sup>	4 (14,8%)	
Schwankung um 2-5 kg	9 (29,0%) <sup>1</sup>	9 (33,3%)	
Schwankung um mehr als 5 kg	17 (54,8%) <sup>1</sup>	12 (44,4%)	
Chi <sup>2</sup> -Test (df=3)			ns

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten;

ns = nicht signifikant

Anmerkung: <sup>1)</sup> N=31

Ein größerer Prozentsatz der Patientinnen mit SVV gab bei Katamnese einen schlechten oder sogar sehr schlechten Gesundheitszustand sowie stärkere Gewichtsschwankungen (mehr als 5 kg) an. Dabei bestand jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 5 Summenwerte von Interviewintervall (Aufnahme bis Katamnese) und Behandlungsdauer in der Schön Klinik Roseneck bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	<b>SV N=27 M (SD)</b>	<b>NSV N=28 M (SD)</b>	<b>t-Test (df=59)</b>
Interviewintervall	3,42 (0,42)	3,87 (0,46)	ns
Behandlungsdauer (Tage)	66,11 (31,43)	58,82 (17,22) <sup>1</sup>	ns <sup>2</sup>

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ns= nicht signifikant  
Anmerkung: <sup>1</sup> N=17; <sup>2</sup> df=42

Tabelle 5 zeigt den Zeitraum von Klinikaufnahme bis Interviewzeitpunkt sowie die stationäre Behandlungsdauer in der Schön Klinik Roseneck. Bei den Patientinnen ohne SVV war das Interviewintervall länger und die Behandlungsdauer kürzer, ein signifikanter Unterschied war dabei nicht zu verzeichnen.

Tabelle 6 Verteilung der Essstörungsdiagnosen (SIAB-S; DSM IV) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten bei Aufnahme, erfasst bei Aufnahme

	<b>SV N=32 N (%)</b>	<b>NSV N=28 N (%)</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Test (df=1)</b>
<b>Anorektische Störungen</b>	12 (36,4%) <sup>2</sup>	12 (42,9%)	ns
AN	8 (25,0%)	8 (28,6%)	
NNB Typ 1	1 (3,1%)	3 (10,7%)	
NNB Typ 2	3 (9,1%) <sup>2</sup>	1 (3,6%)	
<b>Bulimische Störungen</b>	19 (57,6%) <sup>2</sup>	15 (53,6%)	ns
BN	13 (40,6%)	10 (35,0%) <sup>1</sup>	
NNB Typ 3	2 (6,3%)	5 (17,9%)	
NNB Typ 4	4 (12,9%) <sup>3</sup>	1 (3,8%) <sup>4</sup>	
<b>NNB Typ 5</b>	2 (6,1%) <sup>2</sup>	0 (0,0%)	ns
<b>NNB Typ 6/ Binge-Eating Störung</b>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	- -

SIAB-S = Strukturiertes Inventar zur Erfassung von Anorektischen und Bulimischen Essstörungen – Selbstbeurteilungsverfahren; SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; AN = Anorexia Nervosa; BN = Bulimia Nervosa; NNB = Nicht näher bezeichnete Essstörung; ns = nicht signifikant; - - = nicht berechenbar  
Anmerkung: <sup>1</sup> N=27; <sup>2</sup> N=33; <sup>3</sup> N=31; <sup>4</sup> N=26

Tabelle 7 Verteilung der Essstörungsdiagnosen (SIAB-S; DSM IV) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten Lifetime, erfasst bei Aufnahme

	<b>SV</b> <b>N=33</b> <b>N (%)</b>	<b>NSV</b> <b>N=28</b> <b>N (%)</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Test</b> <b>(df=1)</b>
<b>Anorektische Störungen</b>	17 (51,5%)	17 (60,7%)	ns
AN	5 (15,2%)	1 (3,6%)	
NNB Typ 1	9 (28,1%) <sup>1</sup>	15 (55,6%) <sup>2</sup>	
NNB Typ 2	4 (12,1%)	5 (17,9%)	
<b>Bulimische Störungen</b>	15 (45,5%)	10 (35,7%)	ns
BN	10 (30,3%)	6 (21,4%)	
NNB Typ 3	4 (12,1%)	3 (10,7%)	
NNB Typ 4	1 (3,0%)	1 (3,8%) <sup>3</sup>	
<b>NNB Typ 5</b>	3 (9,1%)	1 (3,6%)	ns
<b>NNB Typ 6/</b>	2 (6,7%) <sup>4</sup>	2 (7,1%)	ns
<b>Binge-Eating Störung</b>			

SIAB-S = Strukturiertes Inventar zur Erfassung von Anorektischen und Bulimischen Eßstörungen – Selbstbeurteilungsverfahren; SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; AN = Anorexia Nervosa; BN = Bulimia Nervosa; NNB = Nicht näher bezeichnete Essstörung;

ns = nicht signifikant;

Anmerkung: <sup>1)</sup> N=32; <sup>2)</sup> N=27; <sup>3)</sup> N=26; <sup>4)</sup> N=30

Tabellen 6 und 7 geben einen Überblick über die bei Aufnahme erfassten Essstörungsdiagnosen bei Klinikaufnahme sowie Lifetime. In der Stichprobe wurden die Diagnosen der Patientinnen zu anorektischen Störungen (vollständige AN, NNB Typ 1 und NNB Typ 2) und bulimischen Störungen (vollständige BN, NNB Typ 3 und NNB Typ 4) zusammengefasst. Weder bei Aufnahme noch Lifetime zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen bezüglich der anorektischen oder bulimischen Essstörungsdiagnosen bzw. der weiteren Störungen NNB Typ 5 und NNB Typ 6.

### 3.2 “Responder” und “Katamnese Non-Responder”

Im folgenden Abschnitt werden die Stichproben-Unterschiede zwischen den Patientinnen, die bei Aufnahme und Katamnese („Responder“), und denjenigen, die zwar bei Aufnahme, nicht aber bei Katamnese („Katamnese Non-Responder“) teilnahmen, beschrieben. Die zugehörigen Tabellen finden sich im Anhang.

Im Familienstand ergaben sich zwischen „Respondern“ und „Katamnese Non-Respondern“ keine signifikanten Unterschiede. Ein statistisch signifikanter

Unterschied zeigte sich jedoch in der Art des Schulabschlusses. Während die „Responder“ häufiger einen geringeren Schulabschluss bzw. eine Schulausbildung ohne Abschluss aufwiesen, hatten die „Katamnese Non-Responder“ eine höhere Schule mit Abschluss beendet (vgl. Anhang A, Tabelle A1). Bezüglich der beruflichen Stellung gaben zwar mehr „Responder“ an, als Arbeiter oder Facharbeiter zu arbeiten, es ergab sich jedoch in allen Kategorien kein signifikanter Unterschied (vgl. Anhang A, Tabelle A1).

Die „Responder“ waren bei Aufnahme älter als die „Katamnese Non-Responder“ und zeigten sowohl bei Klinikaufnahme als auch bezüglich des niedrigsten Lifetime-Wertes ein höheres Gewicht. Diese Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant (vgl. Anhang A, Tabelle A2). Im Hinblick auf die Essstörungsdiagnosen wurde bei den „Katamnese Non-Respondern“ signifikant häufiger eine anorektische Störung bei Aufnahme erhoben, Lifetime ergab sich kein signifikanter Unterschied in anorektischen und bulimischen Störungen (vgl. Anhang A, Tabellen A3 und A4). Die Analyse der Essstörungspathologie bei Aufnahme zeigte lediglich im EDI-2 in der Skala „Angst vor dem Erwachsenwerden“ einen signifikanten Unterschied. Diese Skala war bei den „Katamnese Non-Respondern“ stärker ausgeprägt (vgl. Anhang A, Tabelle A6). In den anderen Skalen des EDI-2, in den einzelnen Subskalen des SIAB-S sowie den Skalen des FEV war kein statistisch signifikanter Unterschied zu verzeichnen (vgl. Anhang A, Tabellen A5, A6 und A7).

Auch bezüglich der allgemeinen Psychopathologie wurde bei Aufnahme kein signifikanter Unterschied zwischen „Respondern“ und „Katamnese Non-Respondern“ erhoben. Sowohl beim Depressions-Index des BDI als auch bei den einzelnen Subskalen der SCL-90-R ergab sich keine statistische Signifikanz (vgl. Anhang A, Tabellen A8 und A9).

### **3.3 Spezielle Themen im Zusammenhang mit der Selbstverletzung**

Für die Analyse der speziellen Themen im Zusammenhang mit der Selbstverletzung wurden die Daten bei Katamnese erhoben. Spezifiziert wurde zwischen der aktuellen Prävalenz bei Katamnese (Zeitraum der letzten 4 Wochen) sowie der Lifetime-Prävalenz (ab dem 10. Lebensjahr bis 4 Wochen vor der Untersuchung).

Tabelle 8 Selbstverletzungsarten im Selbstverletzungsinterview bei Frauen mit selbstverletzendem Verhalten bei Katamnese (letzte 4 Wochen) und Lifetime, erfasst bei Katamnese

	<b>Katamnese N=30 N (%)</b>	<b>Lifetime N=30 N (%)</b>
Zwicken oder Kneifen	7 (23,3%)	18 (60,0%)
Beißen	0 (0,0%)	7 (23,3%)
Kauen oder Reißen an Nägeln/Nagelhaut	10 (33,3%)	14 (46,7%)
Ausreißen der Haare	1 (3,3%)	5 (16,7%)
Quetschen der Haut	3 (10,0%)	9 (30,0%)
Einklemmen oder Abbinden von Körperteilen	0 (0,0%)	6 (20,0%)
davon Abbinden des Halses	0 (0,0%)	1 (0,7%)
Aufkratzen verkrusteter Wunden	16 (53,3%)	22 (73,3%)
Sport/Gymnastik bis zum Zusammenbrechen	3 (10,0%)	10 (33,3%)
Vernachlässigung der Körperpflege	2 (6,7%)	4 (13,3%)
Aussetzen starker Hitze, heiß Duschen/Waschen	3 (10,0%)	12 (40,0%)
Künstliche Erhöhung der Körpertemperatur	0 (0,0%)	2 (6,7%)
Aussetzen starker Kälte, kalt Duschen/Waschen	2 (6,7%)	11 (36,7%)
Schlagen gegen feste Gegenstände mit Kopf oder anderen Körperteilen	4 (13,3%)	21 (70,0%)
Sich selbst Schlagen	4 (13,3%)	16 (53,3%)
Kein Säubern größerer Wunden	1 (3,3%)	9 (30,0%)
Ausdrücken einer Zigarette auf der Haut	2 (6,7%)	12 (40,0%)
Verbrühen	0 (0,0%)	6 (20,0%)
Verätzung mit Laugen oder Säuren	0 (0,0%)	3 (10,0%)
Verbrennen	1 (3,3%)	9 (30,0%)
Kratzen oder Schneiden von Wörtern oder Symbolen in die Haut	1 (3,3%)	11 (36,7%)
Ritzen oder Schneiden mit scharfem Gegenstand	11 (36,7%)	27 (90,0%)
Ausübung gefährlicher sexueller Praktiken	0 (0,0%)	2 (6,7%)
Verletzung bei Masturbation im Genitalbereich	0 (0,0%)	1 (3,3%)
Kein Schutz vor Geschlechtskrankheiten	0 (0,0%)	3 (10,0%)
Blutarmut durch Aderlass	0 (0,0%)	1 (3,3%)
Injektion von Substanzen oder Schmutz	0 (0,0%)	1 (3,3%)
Einnahme von Medikamenten ohne medizinische Indikation oder unnötig häufig	3 (10,0%)	12 (40,0%)
Operation ohne medizinische Notwendigkeit	0 (0,0%)	1 (3,3%)
Brechen von Knochen	0 (0,0%)	6 (20,0%)
Verstauchen	0 (0,0%)	5 (16,7%)
Überdehnen von Gelenken	2 (6,7%)	9 (30,0%)
Verletzung der Speiseröhre durch Erbrechen	0 (0,0%)	5 (16,7%)
Schädliche Hilfsmittel zum Erbrechen	2 (6,7%)	4 (13,3%)
Einnahme von ungenießbaren/schädlichen Substanzen	1 (3,3%)	7 (23,3%)
Keine Einnahme notwendiger Medikamente	0 (0,0%)	6 (20,0%)
Drogenkonsum	0 (0,0%)	2 (6,7%)
Alkoholkonsum	2 (6,7%)	10 (34,5%) <sup>1</sup>
Einnahme von Abführmitteln	1 (3,4%) <sup>1</sup>	6 (20,7%) <sup>1</sup>
Piercen	0 (0,0%)	4 (13,3%)
Verschwendung von Geld	3 (10,0%)	9 (30,0%)

„Russisch Roulette“	0 (0,0%)	6 (20,0%)
Stehen auf einer Stelle bis zum Zusammenbruch	0 (0,0%)	1 (3,3%)
Absichtliche Unfälle	0 (0,0%)	1 (7,7%) <sup>2</sup>
Riskantes Fahrzeugfahren	2 (6,7%)	9 (30,0%)
Andere Selbstverletzungsarten	1 (3,3%)	10 (33,3%)

Anmerkungen: <sup>1)</sup> N=29; <sup>2)</sup> N=13

Der größte Prozentsatz der Frauen mit Essstörungen und SVV (90%) berichtete über den Lifetime-Zeitraum, sich mit einem scharfen Gegenstand geritzt oder geschnitten zu haben. Mehr als ein Drittel dieser Frauen verletzte sich auch bei Katamnese noch auf diese Weise. Über zwei Drittel der Probandinnen nannten „Aufkratzen verkrusteter Wunden“ (73,3%) sowie „Schlagen gegen feste Gegenstände mit dem Kopf oder anderen Körperteilen“ (70,0%) und mehr als die Hälfte „Zwicken und Kneifen“ (60,0%) sowie „Sich selbst Schlagen“ (53,3%) als Selbstverletzungsart für den Lifetime-Zeitraum. In den letzten 4 Wochen vor dem Interview bestand die häufigste Selbstverletzungsart im „Aufkratzen verkrusteter Wunden“ (53,3%). Das „Verschlucken von Gegenständen“ wurde für beide Zeiträume nicht angegeben. Dagegen berichteten einige Frauen von anderen, nicht durch das Interview vorgegebenen Selbstverletzungsarten, beispielsweise „Sich eine Treppe Hinunterwerfen“, „Manipulieren von Wunden mit Haarspray oder Nagellackentferner“ und „Ärgern einer Katze, bis sie kratzt“. Tabelle 8 gibt einen Überblick über die verschiedenen Selbstverletzungsarten bei Katamnese sowie Lifetime.

Tabelle 9 Die drei wesentlichen Selbstverletzungsarten über den Lifetime- und Katamnesezeitraum (ab dem 10. Lebensjahr, inklusive der letzten 4 Wochen), erfasst bei Katamnese

	<b>Sv-Art I</b> <b>N=30</b> <b>N (%)</b>	<b>Sv-Art II</b> <b>N=26</b> <b>N(%)</b>	<b>Sv-Art III</b> <b>N=22</b> <b>N(%)</b>
Zwicken oder Kneifen	0 (0,0%)	4 (15,4%)	1 (4,5%)
Beißen	0 (0,0%)	2 (7,7%)	1 (4,5%)
Kauen oder Reißen an Nägeln/Nagelhaut	0 (0,0%)	1 (3,8%)	0 (0,0%)
Ausreißen der Haare	0 (0,0%)	1 (3,8%)	0 (0,0%)
Einklemmen oder Abbinden von Körperteilen	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (4,5%)
Aufkratzen verkrusteter Wunden	0 (0,0%)	1 (3,8%)	2 (9,1%)
Sport bis zum Zusammenbrechen	1 (3,3%)	1 (3,8%)	0 (0,0%)
Heiß Duschen	1 (3,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Schlagen gegen feste Gegenstände mit Kopf oder anderen Körperteilen	2 (6,7%)	0 (0,0%)	6 (27,3%)
Sich selbst Schlagen	1 (3,3%)	0 (0,0%)	2 (9,1%)
Ausdrücken einer Zigarette auf der Haut	0 (0,0%)	5 (19,2%)	0 (0,0%)
Verbrühen	0 (0,0%)	1 (3,8%)	0 (0,0%)
Verbrennen	0 (0,0%)	3 (11,5%)	0 (0,0%)
Kratzen oder Schneiden von Wörtern oder Symbolen in die Haut	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (13,6%)
Ritzen oder Schneiden mit scharfem Gegenstand	22 (73,3%)	3 (11,5%)	1 (4,5%)
Einnahme von Medikamenten ohne medizinische Indikation oder unnötig häufig	1 (3,3%)	1 (3,8%)	1 (4,5%)
Verletzung der Speiseröhre durch Erbrechen	1 (3,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Einnahme von ungenießbaren/schädlichen Substanzen	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (4,5%)
Alkoholkonsum	0 (0,0%)	1 (3,8%)	2 (9,1%)
Einnahme von Abführmitteln	1 (3,3%)	2 (7,7%)	1 (4,5%)

Sv-Art = Selbstverletzungsart



Es wurden durch das Interview die drei wesentlichen Selbstverletzungsarten mit detaillierter Charakterisierung für den Lifetime- und Katamnesezeitraum zusammen (ab dem 10. Lebensjahr, inklusive der letzten 4 Wochen) erhoben. Dabei gaben die Probandinnen in absteigender Reihenfolge diejenigen Selbstverletzungsarten mit der größten persönlichen Bedeutung an. Als wesentliche Selbstverletzungsart wurde wiederum am häufigsten „Ritzen oder Schneiden mit einem scharfen Gegenstand“ genannt. Die zweit- bzw. dritt wichtigste Selbstverletzungsart bestand für die Probandinnen im „Ausdrücken einer Zigarette auf der Haut“ bzw. „Schlagen gegen feste Gegenstände“ (vgl. Tabelle 9). Einige der initial genannten Selbstverletzungsarten („Quetschen der Haut“, „Vernachlässigung der Körperpflege“, „Künstliche Erhöhung der Körpertemperatur“, „Sich starker Kälte aussetzen“, „Kein Säubern größerer Wunden“, „Verätzung mit Laugen oder Säuren“, „Ausüben gefährlicher sexueller Praktiken“, „Verletzung bei Masturbation im Genitalbereich“, „Kein Schutz vor Geschlechtskrankheiten“, „Blutarmut durch Aderlass“, „Injektion von Substanzen oder Schmutz“, „Operation ohne medizinische Notwendigkeit“, „Brechen von Knochen“, „Verstauchen“, „Überdehnen von Gelenken“, „Schädliche Hilfsmittel zum Erbrechen“ verwenden, „Keine Einnahme notwendiger Medikamente“ sowie „Drogenkonsum“) wurden von den jeweiligen Probandinnen nicht als eine der drei wesentlichen Selbstverletzungsarten genannt.

Tabelle 10 Selbstverletzungscharakteristika der drei wesentlichen Selbstverletzungsarten Lifetime und bei Katamnese (letzte 4 Wochen), erfasst bei Katamnese

	Sv-Art I N=30 N (%)		Sv-Art II N=30 N(%)		Sv-Art III N=30 N(%)	
	Katamnese	Lifetime	Katamnese	Lifetime	Katamnese	Lifetime
<b><u>Schweregrad der Sv</u></b>						
Keine Sv	16 (57,1%) <sup>1</sup>	0 (0,0%)	12 (52,2%) <sup>3</sup>	0 (0,0%)	15 (75,0%) <sup>5</sup>	1 (4,5%)
Leichte Sv	2 (7,1%) <sup>1</sup>	1 (3,6%) <sup>1</sup>	2 (8,7%) <sup>3</sup>	6 (23,1%)	1 (5,0%) <sup>5</sup>	8 (36,4%)
Deutliche Sv	7 (25,0%) <sup>1</sup>	13 (46,4%) <sup>1</sup>	7 (30,4%) <sup>3</sup>	13 (50,0%)	3 (15,0%) <sup>5</sup>	6 (27,3%)
Starke Sv	3 (10,7%) <sup>1</sup>	11 (39,3%) <sup>1</sup>	2 (8,7%) <sup>3</sup>	5 (19,2%)	1 (5,0%) <sup>5</sup>	4 (18,2%)
Sehr starke Sv	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (7,7%)	0 (0,0%)	3 (13,6%)
<b><u>Häufigkeit der Sv</u></b>						
Nie	15 (51,7%) <sup>2</sup>	1 (3,3%)	12 (52,2%) <sup>3</sup>	3 (11,5%)	14 (70,0%) <sup>5</sup>	1 (4,5%)
Selten	5 (17,2%) <sup>2</sup>	7 (23,3%)	2 (8,7%) <sup>3</sup>	8 (30,8%)	3 (15,0%) <sup>5</sup>	8 (36,4%)
Gelegentlich bis öfter	4 (13,8%) <sup>2</sup>	3 (10,0%)	2 (8,7%) <sup>3</sup>	2 (7,7%)	0 (0,0%)	6 (27,3%)
Häufig	5 (17,2%) <sup>2</sup>	11 (36,7%)	3 (13,0%) <sup>3</sup>	5 (19,2%)	1 (5,0%) <sup>5</sup>	5 (22,7%)
Sehr häufig	0 (0,0%)	8 (26,7%)	4 (17,4%) <sup>3</sup>	8 (30,8%)	2 (10,0%) <sup>5</sup>	2 (9,1%)
<b><u>Körperstellen der Sv</u></b>						
Bauch	0 (0,0%)	1 (3,3%)	1 (3,8%)	2 (7,7%)	0 (0,0%)	2 (8,7%) <sup>3</sup>
Becken- und Gesäßregion	0 (0,0%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Brust	0 (0,0%)	1 (3,4%) <sup>2</sup>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Brüste	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (3,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Finger	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (7,7%)	1 (3,8%)		
Füße	1 (3,3%)	2 (6,7%)	0 (0,0%)	1 (3,8%)	1 (4,3%) <sup>3</sup>	0 (0,0%)
Ganzkörper	1 (3,3%)	2 (6,7%)	1 (3,8%)	2 (7,7%)	0 (0,0%)	2 (8,7%) <sup>3</sup>
Gesicht	1 (3,3%)	3 (10,0%)	1 (4,0%) <sup>4</sup>	3 (11,5%)	0 (0,0%)	1 (4,3%) <sup>3</sup>
Hände	3 (10,0%)	4 (13,3%)	1 (3,8%)	3 (11,5%)	1 (4,3%) <sup>3</sup>	3 (13,0%) <sup>3</sup>
Haut	0 (0,0%)	2 (6,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Innere Organe	0 (0,0%)	2 (6,9%) <sup>2</sup>	2 (7,7%)	5 (19,2%)	1 (4,3%) <sup>3</sup>	3 (13,0%) <sup>3</sup>
Kopf	1 (3,3%)	2 (6,7%)	1 (3,8%)	1 (3,8%)	0 (0,0%)	5 (21,7%) <sup>3</sup>

Oberarme	3 (10,0%)	10 (33,3%)	1 (3,8%)	6 (23,1%)	1 (4,3%) <sup>3</sup>	4 (17,4%) <sup>3</sup>
Oberschenkel	4 (13,3%)	5 (16,7%)	1 (3,8%)	2 (7,7%)	1 (4,3%) <sup>3</sup>	1 (4,3%) <sup>3</sup>
Unterarme	7 (23,3%)	21 (70,0%)	4 (15,4%)	9 (34,6%)	3 (13,0%) <sup>3</sup>	6 (26,1%) <sup>3</sup>
Unterschenkel	1 (3,3%)	3 (10,0%)	2 (7,7%)	4 (15,4%)	1 (4,3%) <sup>3</sup>	2 (8,7%) <sup>3</sup>
Zehen	0 (0,0%)	1 (3,3%)	1 (3,8%)	1 (3,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b>Motiv der Sv</b>						
Aggression gegen Andere	3 (10,0%)	7 (23,3%)	2 (7,7%)	4 (15,4%)	2 (9,1%)	4 (18,2%)
Gewohnheit	1 (3,3%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Selbsthass	6 (20,0%)	14 (46,7%)	3 (11,5%)	6 (23,1%)	2 (9,1%)	7 (31,8%)
Lust am Schmerzempfinden	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (9,1%)
Anspannung	11 (36,7%)	17 (56,7%)	4 (13,3%)	8 (26,7%)	1 (4,5%)	2 (9,1%)
Erregung von Aufmerksamkeit	0 (0,0%)	4 (13,3%)	0 (0,0%)	3 (11,5%)	0 (0,0%)	2 (9,1%)
Gefühl der Leere	1 (3,3%)	3 (10,0%)	1 (3,8%)	2 (7,7%)	1 (4,5%)	3 (13,6%)
Verhaltensbeeinflussung anderer	1 (3,3%)	1 (3,3%)	1 (3,8%)	3 (11,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Buße von Sünden	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (3,8%)	0 (0,0%)	1 (4,5%)
Spüren von körperlichem statt seelischem Schmerz	4 (13,3%)	5 (16,7%)	3 (11,5%)	4 (15,4%)	2 (9,1%)	4 (18,2%)
Sich selbst spüren	6 (20,0%)	9 (30,0%)	3 (11,5%)	7 (26,9%)	1 (4,5%)	4 (18,2%)
Einsamkeit	1 (3,3%)	2 (6,7%)	0 (0,0%)	1 (3,8%)	1 (4,5%)	1 (4,5%)
Niedergeschlagenheit	0 (0,0%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Nervenzickel	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (3,8%)	1 (3,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Schuldgefühle	1 (3,3%)	2 (6,7%)	0 (0,0%)	2 (7,7%)	0 (0,0%)	1 (4,5%)
Selbstkontrolle	1 (3,3%)	2 (6,7%)	0 (0,0%)	1 (3,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Trost oder Wärme	0 (0,0%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Erleichterung durch Ansicht des Blutes	1 (3,3%)	2 (6,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Selbstbestrafung	2 (6,7%)	6 (20,0%)	1 (3,8%)	4 (15,4%)	0 (0,0%)	3 (13,6%)
Andere	1 (3,4%) <sup>2</sup>	4 (13,3%) <sup>6</sup>				

Sv = Selbstverletzung; Sv-Art = Selbstverletzungsart

Anmerkung: <sup>1)</sup> N=28; <sup>2)</sup> N=29; <sup>3)</sup> N=23; <sup>4)</sup> N=25; <sup>5)</sup> N=20; <sup>6)</sup> N=26

Die meisten Patientinnen mit Essstörungen und SVV gaben zum Zeitpunkt der Nachbefragung an, dass sie aktuell (in den letzten 4 Wochen) keine der wesentlichen Selbstverletzungsarten durchführten. Lifetime bestätigten sie abhängig von der Bedeutung der Selbstverletzungsart (Sv-Art), sich vor allem „häufig“ (Sv-Art I), „selten“ (Sv-Art II und III) oder „sehr häufig“ (Sv-Art II) verletzt zu haben. Der Schweregrad der Selbstverletzung wurde für den Lifetime-Zeitraum für die Sv-Arten I und II vor allem als „deutlich“, für die Sv-Art III als „leicht“ beschrieben. Der größte Prozentsatz der Frauen mit SVV verletzte sich sowohl Lifetime als auch bei Katamnese im Bereich der Unterarme. Die Körperregionen „Genitalbereich“, „Haare“, „Augenbrauen“ und „Rücken“ wurden nicht genannt. Als Motiv für die Selbstverletzung gaben die Probandinnen für beide Erhebungszeiträume vor allem „Anspannung“, „Selbsthass“, „Aggression gegen andere“, „Selbstbestrafung“ sowie „Spüren von körperlichem statt seelischem Schmerz“ an. Nur vereinzelt stellte die „Verhaltensbeeinflussung anderer“ den Anlass zur Selbstverletzung dar. Zusätzlich wurden einige nicht im Interview enthaltene Gründe wie „Neugier“, „Erlangung des Gefühls von Stärke“, „Sich von Schmutz/ Unreinheit Befreien“ sowie „Ästhetik der Narben“ genannt. Keine der Probandinnen erwähnte Motive wie „Religiöse Gründe“, „Kontrolle der Gedanken“, „Befreiung von sexuellen Gefühlen“, „Zufügen von langfristigem Schaden“, „Beweisen von Mut“ oder „Hervorrufen sexueller Gefühle“. Auch das Motiv „Selbstmordabsicht“ wurde von keiner der Probandinnen als Grund für das SVV genannt. In Tabelle 10 ist ein Überblick über die Charakteristika der drei wesentlichen Selbstverletzungsarten dargestellt.

Tabelle 11 Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Selbstverletzung bei Frauen mit selbstverletzendem Verhalten Lifetime und bei Katamnese (letzte 4 Wochen), erfasst bei Katamnese

	<b>Katamnese N=30 N (%)</b>	<b>Lifetime N=30 N (%)</b>
Verletzung anderer Menschen	0 (0,0%)	1 (3,3%)
Narben	10 <sup>1</sup> (33,3%)	25 (83,3%)
Verletzung nach einem Muster	7 <sup>1</sup> (23,3%)	13 (43,3%)
Verletzung im Beisein von anderen	1 (3,3%)	9 (30,0%)
Geduldete Verletzung durch andere Person	0 (0,0%)	5 (16,7%)
Berichten von der Sv		
dem Therapeuten	10 (33,3%)	28 (93,3%)
einer anderen Person	12 (40,0%)	24 (80,0%)
Sv als Problem angesehen	15 (50,0%)	19 (63,3%)
Ärztliche Behandlung	1 (3,3%)	15 (50,0%)
Psychotherapeutische Behandlung	7 <sup>2</sup> (23,3%)	21 <sup>2</sup> (70%)

Sv = Selbstverletzung

Anmerkung: <sup>1)</sup> N=29; <sup>2)</sup> N=28

Ein großer Prozentsatz der Frauen mit SVV behielt von der früheren Selbstverletzung Narben (83,3%), fast die Hälfte verletzte sich immer nach einem bestimmten Muster. Einige Probandinnen (16,7%) duldeten, dass eine Verletzung auch von einer anderen Person ausgeführt wurde, umgekehrt verletzte nur eine Probandin mit SVV auch andere Menschen. Etwa ein Drittel der Frauen hatte sich schon einmal in Anwesenheit anderer Personen selbst verletzt. 63,3% der Probandinnen betrachtete das SVV Lifetime, die Hälfte noch bei Katamnese als Problem. Fast alle berichteten über den Lifetime-Zeitraum ihrem Therapeuten, viele auch einer anderen Person von der Selbstverletzung. Die Hälfte der Patientinnen nahm wegen der Verletzungen ärztliche Behandlung in Anspruch, mehr als zwei Drittel benötigte speziell wegen der Selbstverletzung psychotherapeutische Hilfe (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 12 Verteilung der Charakteristika der ersten Selbstverletzung bei Frauen mit selbstverletzendem Verhalten, erfasst bei Katamnese

	SV N=30 N (%)
<b><u>Alter</u></b>	
Kleinkindesalter (bis 5 Jahre)	1 (3,3%)
Schulalter (6-11 Jahre)	5 (16,7%)
Pubertät (12-17 Jahre)	17 (56,7%)
Erwachsenenalter (18 Jahre und älter)	7 (23,3%)
<b><u>Art der Selbstverletzung</u></b>	
Schneiden/Ritzen	19 (63,3%)
Haut verbrennen	1 (3,3%)
Haut aufkratzen/aufreißen	2 (6,7%)
Sich kneifen	2 (6,7%)
Sich Schlagen/mit Körperteilen gegen feste Gegenstände schlagen	3 (10,0%)
Versuch Gliedmaßen zu brechen	2 (6,7%)
Ungenießbare Substanzen zu sich nehmen	1 (3,3%)
<b><u>Auftreten zeitlich bezogen auf den Beginn der Essstörung</u></b>	
3 Jahre oder früher vor Beginn der Essstörung	10 (33,3%)
2-3 Jahre vor Beginn der Essstörung	0 (0,0%)
0-1 Jahr vor/nach Beginn der Essstörung	14 (46,7%)
2-3 Jahre nach Beginn der Essstörung	3 (10,0%)
3 Jahre oder später nach Beginn der Essstörung	3 (10,0%)
<b><u>Vorausgegangenes Ereignis</u></b>	
Trauma (Sexueller oder körperlicher Missbrauch)	4 (13,3%)
Streit/Trennung der Eltern	2 (6,7%)
(beinahe) Verlust einer nahe stehenden Person	2 (6,7%)
Unbekannt	22 (73,3%)

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten

Über die Hälfte der Frauen mit Essstörungen und SVV verletzte sich zum ersten Mal in der Pubertät, fast zwei Drittel der Patientinnen wandte dabei Schneiden oder Ritzen an. Die Selbstverletzung begann am häufigsten zeitgleich mit der Essstörung (+/- 1 Jahr), am zweithäufigsten deutlich zuvor (mindestens 3 Jahre). An ein konkretes auslösendes Ereignis für die erste Selbstverletzung konnten sich die meisten der Probandinnen nicht explizit erinnern bzw. sich nur den zuvor bestehenden Gefühlszustand ins Gedächtnis rufen. Bei 13,3% der Patientinnen lag ein traumatisches Lebensereignis zugrunde, jeweils 6,7% berichteten von Trennung der Eltern oder Verlust einer nahe stehenden Person (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 13 Zeitliche Verteilung und salutogene Perspektive der Selbstverletzung bei Frauen mit selbstverletzendem Verhalten, erfasst bei Katamnese

	SV N=30 N (%)
<b><u>Zeit zwischen Impuls und Ausführung</u></b>	
Sofort/innerhalb von Sekunden	8 (26,7%)
1-10 Minuten	6 (20,0%)
11 Minuten bis 1 Stunde	6 (20,0%)
Einige Stunden	6 (20,0%)
Einige Tage	2 (6,7%)
Länger	2 (6,7%)
<b><u>Dauer der Selbstverletzung</u></b>	
Sekunden	3 (10,3%) <sup>1</sup>
1-10 Minuten	12 (41,4%) <sup>1</sup>
11 Minuten bis 1 Stunde	13 (44,8%) <sup>1</sup>
Über eine Stunde	1 (3,4%) <sup>1</sup>
<b><u>Salutogene Perspektive</u></b>	
Nichts/nichts Konkretes	5 (17,9%) <sup>2</sup>
Selbstakzeptanz/Selbstbewusstsein	3 (10,7%) <sup>2</sup>
Lebenspartner	2 (7,1%) <sup>2</sup>
Freunde/vertraute Personen	4 (14,3%) <sup>2</sup>
Bewältigung von Gefühlszuständen	6 (21,4%) <sup>2</sup>
Bewältigung von Essstörung und anderen Problemen	4 (14,3%) <sup>2</sup>
Sonstiges	4 (14,3%) <sup>2</sup>

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten

Anmerkung: <sup>1)</sup> N=29; <sup>2)</sup> N=28

Die Selbstverletzung wurde vor allem zeitnah nach Auftreten des Impulses innerhalb von Sekunden oder bis zu einer Stunde ausgeführt und dauerte meist wenige Minuten bis zu einer Stunde. Bei der Befragung nach der salutogenen Perspektive gab fast die Hälfte der Frauen mit Essstörungen und SVV spontan an, dass eine Überwindung des Selbstverletzungsimpulses durch emotionale Stabilisierung (Bewältigung von Gefühlszuständen, Bewältigung der Essstörung und der damit assoziierten Probleme sowie die Erlangung von Selbstakzeptanz und Selbstbewusstsein) erreicht werden könnte, 21,4% sahen die Motivation zur Unterlassung der Selbstverletzung in einer nahe stehenden Person (vgl. Tabelle 13).

Zusammenfassend stellte in unserer Untersuchung die häufigste SV-Art mit der größten persönlichen Bedeutung das „Ritzen oder Schneiden mit einem scharfen Gegenstand“ dar. Von vielen Probandinnen wurde auch das „Schlagen gegen feste Gegenstände mit dem Kopf oder anderen Körperteilen“ genannt, wobei auch dieser

Methode eine starke persönliche Bedeutung beigemessen wurde. Die Frauen gaben vorwiegend an, sich über den Lifetime-Zeitraum häufig, das heißt mehrmals pro Woche bis einmal am Tag, verletzt zu haben, fast drei Viertel der Probandinnen (73,4%) verletzten sich mehr als einmal monatlich. Die meisten Frauen mit Essstörungen und SVV (85,7%) fügten sich durch die für sie bedeutendste SV-Art I deutliche oder starke Verletzungen zu, die zu ausgeprägten Wunden mit Blutungen und in der Folge zu Narbenbildung führten. Die Unterarme waren diejenigen Körperstellen, die von der Selbstverletzung am häufigsten betroffen waren, „Genitalbereich“ oder „Rücken“ wurden nicht genannt. Meistens führten die Probandinnen die Selbstverletzung zeitnah nach Auftreten des Impulses durch, dabei dauerte die Handlung wenige Minuten bis zu einer Stunde. Fast die Hälfte der Frauen mit SVV gab an, die Selbstverletzung immer nach demselben Muster durchgeführt zu haben. Eher selten wurde die Verletzung durch eine andere Person geduldet oder eine andere Person verletzt. Der überwiegende Teil der Probandinnen hatte die Selbstverletzung niemals in Anwesenheit einer anderen Person durchgeführt. Der Beginn des SVV lag meist in der Pubertät, hierfür wurde wiederum „Ritzen oder Schneiden mit einem scharfen Gegenstand“ als häufigste Art der erstmaligen Selbstverletzung angegeben. Meistens trat das SVV etwa zeitgleich (+/- ein Jahr) mit dem Beginn der Essstörung auf. Viele der Probandinnen konnten sich an kein bestimmtes auslösendes Ereignis für die erstmalige Selbstverletzung erinnern, als konkrete Gründe wurden Missbrauchserfahrungen oder die Trennung der Eltern bzw. der Verlust einer nahestehenden Person genannt. Das Motiv für die Selbstverletzung lag vorwiegend in der Bewältigung von Gefühlszuständen wie Anspannung oder Selbsthass, während interpersonelle Ursachen in dieser Untersuchung eher im Hintergrund standen. Als salutogene Perspektive sahen die Frauen mit SVV einerseits die Bewältigung der negativen Gefühlszustände sowie der Essstörung, andererseits die Unterstützung durch eine nahestehende Person. Die Selbstverletzung wurde von den meisten Probandinnen als Problem betrachtet. Fast alle erzählten ihrem Therapeuten von dem SVV, mehr als zwei Drittel begaben sich speziell wegen der Selbstverletzung in psychotherapeutische, etwa die Hälfte in medizinische Behandlung.



### 3.4 Vergleich der beiden Gruppen bei Katamnese

#### 3.4.1 Essstörungen

Tabelle 14 Verteilung der Essstörungsdiagnosen (SIAB-EX; DSM IV) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten bei Katamnese, erfasst bei Katamnese

	SV N=29 N (%)	NSV N=22 N (%)	Chi <sup>2</sup> -Test (df=1)
<b>Anorektische Störung</b>	6 (18,2%) <sup>4</sup>	4 (14,3%) <sup>5</sup>	ns
AN	2 (6,9%)	2 (9,1%)	
NNB Typ1	1 (3,8%) <sup>1</sup>	1 (5,9%) <sup>2</sup>	
NNB Typ2	3 (9,7%) <sup>3</sup>	1 (4,5%)	
<b>Bulimische Störung</b>	14 (42,4%) <sup>4</sup>	4 (14,3%) <sup>5</sup>	5,8 <sup>a</sup>
BN	6 (20,7%)	1 (4,5%)	
NNB Typ3	2 (6,5%) <sup>3</sup>	0 (0,0%)	
NNB Typ4	6 (19,4%) <sup>3</sup>	3 (13,6%)	
<b>NNB Typ5</b>	1 (3,2 %) <sup>3</sup>	1 (4,5%)	ns
<b>NNB Typ6/</b>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	- -
<b>Binge-Eating Störung</b>			

SIAB-EX = Strukturiertes Inventar zur Erfassung von Anorektischen und Bulimischen Eßstörungen – Experteninterview; SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; AN = Anorexia Nervosa; BN = Bulimia Nervosa; NNB = Nicht näher bezeichnete Essstörung; ns = nicht signifikant; - - = nicht berechenbar; <sup>a</sup>) = p < 0,05  
Anmerkung: <sup>1</sup>) N=26; <sup>2</sup>) N=17; <sup>3</sup>) N=31; <sup>4</sup>) N=33; <sup>5</sup>) N=28; <sup>6</sup>) N=19

Tabelle 15 Verteilung der Essstörungsdiagnosen (SIAB-EX; DSM IV) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten Lifetime, erfasst bei Katamnese

	SV N=31 N (%)	NSV N=22 N (%)	Chi <sup>2</sup> -Test (df=1)
<b>Anorektische Störung</b>	24 (72,7%) <sup>1</sup>	19 (67,9%) <sup>2</sup>	ns
AN	16 (51,6%)	13 (59,1%)	
NNB Typ1	4 (12,9%)	5 (22,7%)	
NNB Typ2	4 (12,9%)	1 (4,5%)	
<b>Bulimische Störung</b>	21 (63,6%) <sup>1</sup>	11 (39,3%) <sup>2</sup>	ns
BN	17 (54,8%)	10 (45,5%)	
NNB Typ3	3 (9,7%)	1 (4,5%)	
NNB Typ4	1 (3,2%)	0 (0,0%)	
<b>NNB Typ5</b>	1 (3,2 %) <sup>1</sup>	0 (0,0%)	ns
<b>NNB Typ 6/</b>	0 (0,0%)	2 (9,1%)	ns
<b>Binge-Eating Störung</b>			

SIAB-EX = Strukturiertes Inventar zur Erfassung von Anorektischen und Bulimischen Eßstörungen – Experteninterview; SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; AN = Anorexia Nervosa; BN = Bulimia Nervosa; NNB = Nicht näher bezeichnete Essstörung; ns = nicht signifikant  
Anmerkung: <sup>1</sup>) N=33; <sup>2</sup>) N=28

Tabelle 16 Verteilung der Essstörungsdiagnosen (SIAB-S; DSM IV) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten bei Katamnese, erfasst bei Katamnese

	<b>SV</b> <b>N=33</b> <b>N (%)</b>	<b>NSV</b> <b>N=24</b> <b>N (%)</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Test</b> <b>(df=1)</b>
<b>Anorektische Störung</b>	6 (18,2%)	4 (14,3%) <sup>7</sup>	ns
AN	3 (9,1%)	1 (3,7%) <sup>1</sup>	
NNB Typ 1	2 (6,9%) <sup>3</sup>	2 (8,3%)	
NNB Typ 2	1 (3,0%)	1 (4,0%) <sup>4</sup>	
<b>Bulimische Störung</b>	15 (45,5%)	3 (10,7%) <sup>7</sup>	8,8 <sup>a</sup>
BN	8 (25,0%) <sup>2</sup>	2 (8,3%)	
NNB Typ 3	5 (15,6%) <sup>2</sup>	0 (0,0%)	
NNB Typ 4	3 (10,3%) <sup>3</sup>	1 (4,8%) <sup>5</sup>	
<b>NNB Typ 5</b>	1 (3,0 %)	2 (7,7%) <sup>6</sup>	ns
<b>NNB Typ 6/</b> <b>Binge-Eating Störung)</b>	1 (3,0%)	1 (3,7%) <sup>1</sup>	ns

SIAB-S = Strukturiertes Inventar zur Erfassung von Anorektischen und Bulimischen Eßstörungen – Selbstbeurteilungsverfahren; SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; AN = Anorexia Nervosa; BN = Bulimia Nervosa; NNB = Nicht näher bezeichnete Essstörung;

ns = nicht signifikant; <sup>a</sup>) = p = 0,003

Anmerkung: <sup>1</sup>) N=27; <sup>2</sup>) N=32; <sup>3</sup>) N=29; <sup>4</sup>) N=25; <sup>5</sup>) N=21; <sup>6</sup>) N=26; <sup>7</sup>) N=28

Tabelle 17 Verteilung der Essstörungsdiagnosen (SIAB-S; DSM IV) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten Lifetime, erfasst bei Katamnese

	<b>SV</b> <b>N=33</b> <b>N (%)</b>	<b>NSV</b> <b>N=25</b> <b>N (%)</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Test</b> <b>(df=1)</b>
<b>Anorektische Störung</b>	21 (63,6%)	20 (71,4%) <sup>5</sup>	ns
AN	11 (33,3%)	9 (34,6%) <sup>1</sup>	
NNB Typ 1	8 (27,6%) <sup>3</sup>	9 (36,0%)	
NNB Typ 2	2 (6,1%)	3 (12,0%)	
<b>Bulimische Störung</b>	16 (48,5%)	7 (25,0%) <sup>5</sup>	ns
BN	12 (36,4%)	3 (12,5%) <sup>2</sup>	
NNB Typ 3	3 (9,1%)	3 (12,0%)	
NNB Typ 4	1 (3,1%) <sup>4</sup>	1 (4,2%) <sup>2</sup>	
<b>NNB Typ 5</b>	4 (12,1%)	1 (3,8%) <sup>1</sup>	ns
<b>NNB Typ 6/</b> <b>Binge-Eating Störung</b>	1 (3,0%)	2 (7,7%) <sup>1</sup>	ns

SIAB-S = Strukturiertes Inventar zur Erfassung von Anorektischen und Bulimischen Eßstörungen – Selbstbeurteilungsverfahren; SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; AN = Anorexia Nervosa; BN = Bulimia Nervosa; NNB = Nicht näher bezeichnete Essstörung;

ns = nicht signifikant

Anmerkung: <sup>1</sup>) N=26; <sup>2</sup>) N=24; <sup>3</sup>) N=29; <sup>4</sup>) N=32; <sup>5</sup>) N=28

Sowohl im Experteninterview als auch in der Selbstbeurteilung wurden für beide Zeiträume mehr bulimische Störungen bei den Frauen mit Essstörungen mit SVV erhoben. Es war jedoch in beiden Erhebungsarten lediglich bei Katamnese der Unterschied statistisch signifikant. Alle anderen Essstörungsdiagnosen unterschieden sich zwischen den Gruppen zu beiden Zeiträumen weder signifikant im Experteninterview noch in der Selbstbeurteilung. Tabellen 14 bis 17 geben einen Überblick über die mittels Fremd- und Selbstbeurteilung erhobenen Essstörungsdiagnosen der Probandinnen bei Katamnese und Lifetime.

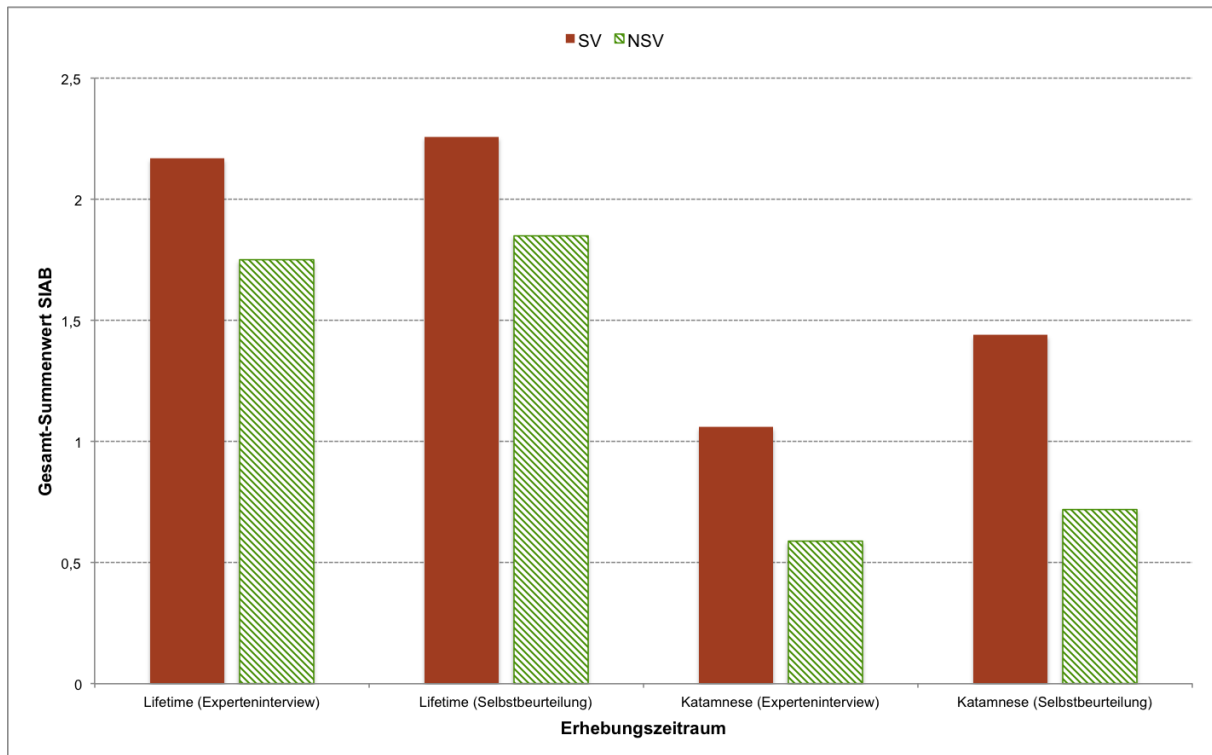
Tabelle 18 Summenwerte des Experteninterviews im Strukturierten Inventar für Anorektische und Bulimische Eßstörungen (SIAB-EX) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	<b>SV N=31 M (SD)</b>	<b>NSV N=22 M (SD)</b>	<b>t-Test (df=51)</b>
<b><u>Lifetime (Maximum)</u></b>			
Körperbild	2,45 (0,73)	2,44 (0,55)	ns
Allgemeine Psychopathologie	2,11 (0,75)	1,29 (0,55)	4,3 <sup>a</sup>
Sexualität	2,99 (0,81)	2,24 (0,81)	3,4 <sup>b</sup>
Bulimische Symptome	2,47 (1,23)	2,01 (1,31)	ns
Gegensteuernde Maßnahmen	1,12 (0,72)	0,84 (0,34)	ns
Atypische Essanfälle	0,98 (0,84)	0,86 (0,72)	ns
Gesamt	2,17 (0,51)	1,75 (0,39)	3,2 <sup>b</sup>
<b><u>Bei Katamnese (letzte 3 Monate)</u></b>			
Körperbild	1,20 (0,60)	0,77 (0,68)	2,5 <sup>c</sup>
Allgemeine Psychopathologie	1,15 (0,78)	0,48 (0,59)	3,6 <sup>d</sup>
Sexualität	1,72 (1,39)	0,92 (1,17) <sup>1</sup>	2,2 <sup>c</sup>
Bulimische Symptome	1,23 (1,27)	0,91 (1,02)	ns
Gegensteuernde Maßnahmen	0,50 (0,33)	0,18 (0,16)	4,7 <sup>a</sup>
Atypische Essanfälle	0,56 (0,66)	0,52 (0,69)	ns
Gesamt	1,06 (0,58)	0,59 (0,44)	3,2 <sup>b</sup>

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ns = nicht signifikant; <sup>a)</sup> = p = 0,000; <sup>b)</sup> = p = 0,002; <sup>c)</sup> = p < 0,05; <sup>d)</sup> = p = 0,001  
Anmerkung: <sup>1)</sup> N= 21

Im SIAB-EX (Experteninterview) zeigte sich bei den Frauen mit SVV gegenüber den Frauen ohne SVV insgesamt eine signifikant stärkere Pathologie im Zusammenhang mit der Essstörung. Ein besonders ausgeprägter Unterschied ergab sich bei den Skalen „Allgemeine Psychopathologie“ für das Lifetime-Maximum sowie „Gegensteuernde Maßnahmen“ aber auch „Allgemeine Psychopathologie“ bei Katamnese. Des Weiteren unterschieden sich die Frauen mit SVV in „Sexualität“ für

das Lifetime-Maximum sowie „Körperbild“ und „Sexualität“ bei Katamnese signifikant von den Frauen ohne SVV (vgl. Tabelle 18). Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Gesamt-Summenwerte von SIAB-EX und SIAB-S jeweils für das Lifetime-Maximum sowie den Katamnesezeitraum bei den Frauen mit Essstörungen mit und ohne SVV.



**Abbildung 1** Gesamt-Summenwerte des SIAB

Gesamt-Summenwerte des Strukturierten Inventars für Anorektische und Bulimische Eßstörungen (SIAB): Experteninterview (SIAB-EX) und Selbstbeurteilung (SIAB-S) für das Lifetime-Maximum und den Katamnesezeitraum bei den Frauen mit Essstörungen mit selbstverletzendem Verhalten (SV) und ohne selbstverletzendes Verhalten (NSV), erfasst bei Katamnese

Tabelle 19 Summenwerte des Selbstbeurteilungsverfahrens im Strukturierten Inventar für Anorektische und Bulimische Eßstörungen (SIAB-S) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	SV N=33 M (SD)	NSV N=27 M (SD)	t-Test (df=58)
<b><u>Früher (Maximum)</u></b>			
Körperbild	1,90 (0,86)	1,81 (0,79)	ns
Allgemeine Psychopathologie	2,77 (0,73)	2,05 (0,75)	3,8 <sup>a</sup>
Sexualität	2,33 (1,05)	1,84 (0,97)	ns
Bulimische Symptome	2,60 (1,26)	2,54 (1,24)	ns
Gegensteuernde Maßnahmen	1,20 (0,76)	0,37 (0,29)	5,8 <sup>a</sup>
Schlankheitsideal	3,07 (0,67)	2,84 (0,79)	ns
Gesamt	2,26 (0,54)	1,85 (0,46)	3,1 <sup>b</sup>
<b><u>Bei Katamnese (letzte 3 Monate)</u></b>			
Körperbild	2,15 (0,90)	1,18 (0,63)	4,9 <sup>a</sup>
Allgemeine Psychopathologie	1,68 (0,97)	0,66 (0,65)	4,8 <sup>a</sup>
Sexualität und Körpergewicht	1,40 (0,94)	0,71 (0,86)	3,0 <sup>c</sup>
Bulimische Symptome	1,59 (1,44)	1,12 (1,17)	ns
Gegensteuernde Maßnahmen	0,54 (0,45)	0,18 (0,17)	4,2 <sup>a</sup>
Atypische Essanfälle	0,89 (1,05)	0,72 (0,94)	ns
Gesamt	1,44 (0,73)	0,72 (0,50)	4,5 <sup>a</sup>

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ns = nicht signifikant; <sup>a)</sup> = p = 0,000; <sup>b)</sup> = p = 0,003; <sup>c)</sup> = p = 0,004

Tabelle 20 Summenwerte des Eating Disorder Inventory (EDI-2) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten bei Katamnese, erfasst bei Katamnese

	<b>SV N=32 M (SD)</b>	<b>NSV N=27 M (SD)</b>	<b>t-Test (df=57)</b>
<b>Gesamtscore</b>	81,23 (42,45)	42,41 (28,72)	4,2 <sup>a</sup>
Drang dünn zu sein	11,80 (6,34) <sup>1</sup>	5,04 (5,54)	4,3 <sup>a</sup>
Bulimie	5,66 (6,65)	4,07 (5,37)	ns
Unzufriedenheit mit dem Körper	17,75 (8,59)	9,53 (6,86)	4,0 <sup>a</sup>
Ineffektivität	12,13 (8,19)	5,98 (6,02)	3,3 <sup>b</sup>
Perfektionismus	8,74 (5,63)	05,30 (3,93)	2,8 <sup>c</sup>
Zwischenmenschliches Misstrauen	8,13 (6,30)	2,61 (3,17)	4,3 <sup>a</sup>
Interozeption	11,16 (8,73)	4,19 (4,84)	3,9 <sup>a</sup>
Angst vor Erwachsenwerden	5,59 (4,20)	5,67 (4,22)	ns
Asketismus	8,47 (5,90)	1,67 (2,08)	6,1 <sup>a</sup>
Impulsregulation	11,84 (9,21)	3,56 (5,39)	4,3 <sup>a</sup>
Soziale Unsicherheit	9,25 (6,54)	4,19 (3,63)	3,8 <sup>a</sup>

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ns = nicht signifikant; <sup>a</sup> = p = 0,000; <sup>b</sup> = p = 0,002; <sup>c</sup> = p = 0,008  
Anmerkung: <sup>1</sup> N=33

Tabelle 21 Summenwerte des Fragebogens zum Essverhalten (FEV) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten bei Katamnese, erfasst bei Katamnese

	<b>SV N=33 M (SD)</b>	<b>NSV N=27 M (SD)</b>	<b>t-Test (df=58)</b>
Kognitive Kontrolle	13,33 (6,12)	8,89 (5,63)	2,9 <sup>a</sup>
Disinhibition	7,61 (4,53)	7,89 (4,34)	ns
Hunger	6,06 (3,93)	6,81 (4,02)	ns

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ns = nicht signifikant; <sup>a</sup> = p = 0,005

Auch in der Selbstbeurteilung zeigte sich eine signifikant stärker ausgeprägte essstörungsspezifische Psychopathologie bei den Frauen mit SVV gegenüber den Frauen ohne SVV (vgl. Abbildung 1). Im SIAB-S (Selbstbeurteilung) gaben die Probandinnen mit SVV in besonders deutlichem Ausmaß mehr „Allgemeine Psychopathologie“ und „Gegensteuernde Maßnahmen“ für das Lifetime-Maximum,

bei Katamnese eine ausgeprägtere „Störung des Körperbildes“, mehr „Allgemeine Psychopathologie“ und „Gegensteuernde Maßnahmen“ aber auch stärkere Probleme mit der Sexualität an (vgl. Tabelle 19). Im EDI-2 errechneten sich für die Patientinnen mit Essstörungen und SVV ein signifikant höherer Gesamtscore sowie höhere Werte für die meisten der einzelnen Skalen. Dabei waren die errechneten Unterschiede größtenteils ebenfalls deutlich signifikant (vgl. Tabelle 20). Die Erhebung mittels FEV ergab eine statistisch signifikant stärkere „Kognitive Kontrolle“ der Frauen mit SVV (vgl. Tabelle 21).

### 3.4.2 Komorbidität

Tabelle 22 Verteilung der Komorbiditätsdiagnosen (DSM IV – Achse I) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten bei Katamnese (letzte 4 Wochen) – Experteninterview (SKID I), erfasst bei Katamnese

	<b>SV N=29 N (%)</b>	<b>NSV N=20 N (%)</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Test (df=1)</b>
<b><u>Affektive Störungen</u></b>	11 (37,9%)	2 (10,0%)	4,7 <sup>a</sup>
Major Depression	7 (24,1%)	0 (0,0%)	5,6 <sup>a</sup>
Dysthymie	4 (13,8%)	2 (10,0%)	ns
<b><u>Psychotische Symptome</u></b>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	- -
<b><u>Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen</u></b>	4 (13,8%)	1 (5,0%)	ns
Alkoholmissbrauch	0 (0,0%)	0 (0,0%)	- -
Alkoholabhängigkeit	3 (10,3%)	1 (5,0%)	ns
Drogenmissbrauch	0 (0,0%)	0 (0,0%)	- -
Drogenabhängigkeit	3 (10,3%)	0 (0,0%)	ns
Polytoxikomanie	0 (0,0%)	0 (0,0%)	- -
<b><u>Angststörungen</u></b>	14 (48,3%)	1 (5,0%)	10,4 <sup>b</sup>
Panikstörung	4 (13,8%)	0 (0,0%)	ns
Agoraphobie ohne Panikstörung	3 (10,3%)	0 (0,0%)	ns
Soziale Phobie	9 (31,0%)	1 (5,0%)	4,9 <sup>a</sup>
Spezifische Phobie			6,6 <sup>a2</sup>
Unterschwellig erfüllt	1 (3,4%)	0 (0,0%)	
Vollständig erfüllt	7 (24,1%)	0 (0,0%)	
Zwangsstörungen			ns <sup>3</sup>
Unterschwellig erfüllt	1 (3,6%) <sup>1</sup>	0 (0,0%)	
Vollständig erfüllt	4 (14,3%) <sup>1</sup>	1 (5,0%)	
Posttraumatische Belastungsstörung	3 (10,7%) <sup>1</sup>	0 (0,0%)	ns
Angststörung nicht näher bezeichnet	0 (0,0%)	0 (0,0%)	- -
<b>Irgendeine Achse I Störung (mindestens)</b>	17 (58,6%)	4 (20,0%)	7,2 <sup>c</sup>

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten;  
 ns = nicht signifikant; <sup>a)</sup> = p < 0,05; <sup>b)</sup> = p = 0,001; <sup>c)</sup> = p = 0,007; - - = nicht berechenbar  
 Anmerkung: <sup>1)</sup> N=28; <sup>2)</sup> df=2



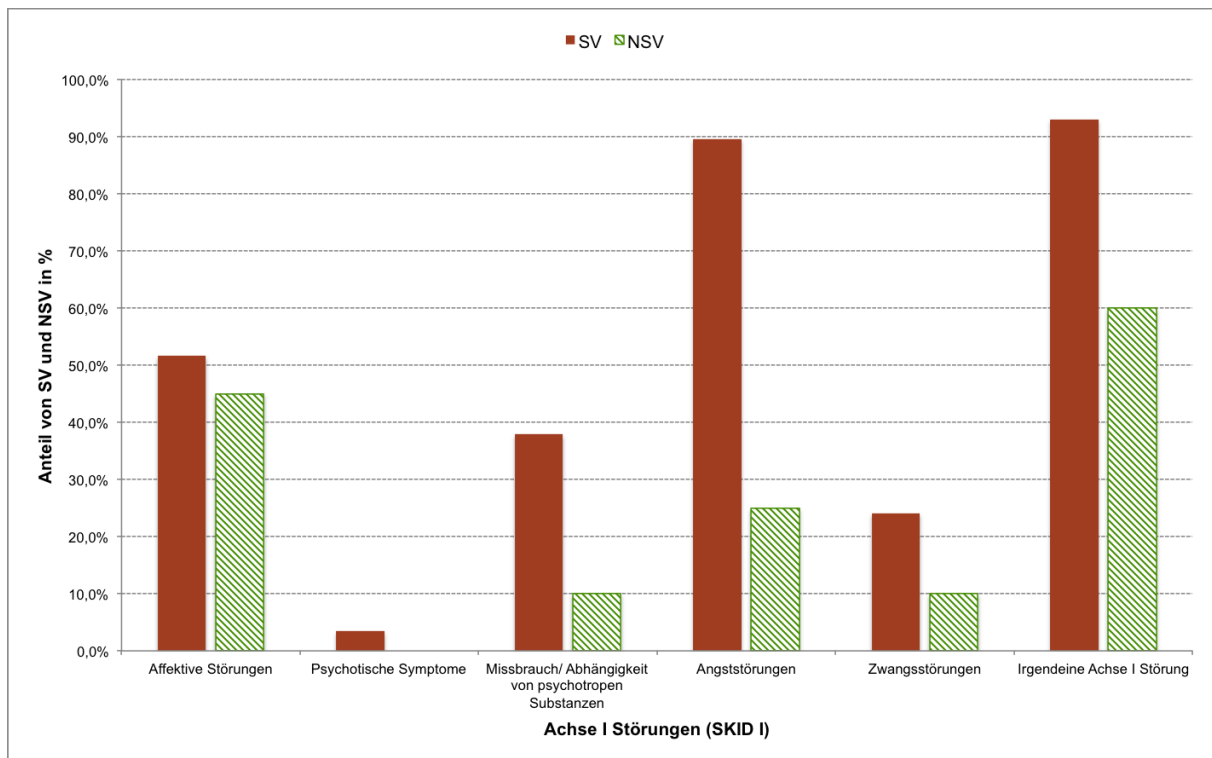
Tabelle 23 Verteilung der Komorbiditätsdiagnosen (DSM IV – Achse I) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten Lifetime (Maximum bis 4 Wochen vor Interview) – Experteninterview (SKID I), erfasst bei Katamnese

	SV N=29 N (%)	NSV N=20 N (%)	Chi <sup>2</sup> -Test (df=1)
<b><u>Affektive Störungen</u></b>	15 (51,7%)	9 (45,0%)	ns
Major Depression	14 (60,9%) <sup>1</sup>	8 (42,1%) <sup>2</sup>	ns
<b><u>Psychotische Symptome</u></b>	1 (3,4%)	0 (0,0%)	ns
Schizophrenie	1 (3,6%) <sup>3</sup>	0 (0,0%)	ns
<b><u>Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen</u></b>	11 (37,9%)	2 (10,0%)	4,7 <sup>a</sup>
Alkoholmissbrauch	2 (6,9%)	0 (0,0%)	ns <sup>4</sup>
Alkoholabhängigkeit	7 (24,1%)	2 (10,0%)	ns <sup>4</sup>
Drogenmissbrauch	1 (3,4%)	0 (0,0%)	ns
Drogenabhängigkeit	6 (20,7%)	0 (0,0%)	4,7 <sup>a</sup>
Polytoxikomanie	4 (13,8%)	0 (0,0%)	ns
<b><u>Angststörungen</u></b>	26 (89,7%)	5 (25,0%)	21,3 <sup>b</sup>
Panikstörung	7 (24,1%)	0 (0,0%)	5,6 <sup>a</sup>
Agoraphobie ohne Panikstörung	5 (17,2%)	2 (10,0%)	ns
Soziale Phobie			ns <sup>4</sup>
Unterschwellig erfüllt	1 (3,4%)	0 (0,0%)	
Vollständig erfüllt	10 (34,5%)	3 (15,0%)	
Spezifische Phobie			8,7 <sup>a4</sup>
Unterschwellig erfüllt	1 (3,4%)	1 (5,0%)	
Vollständig erfüllt	10 (34,5%)	0 (0,0%)	
Zwangsstörungen	7 (24,1%)	2 (10,0%)	ns
Posttraumatische Belastungsstörung			9,7 <sup>c4</sup>
Unterschwellig erfüllt	0 (0,0%)	1 (5,0%)	
Vollständig erfüllt	10 (34,5%)	0 (0,0%)	
Generalisierte Angststörung	7 (24,1%)	2 (10,0%)	ns
Angststörung nicht näher bezeichnet	1 (3,7%) <sup>5</sup>	0 (0,0%)	ns
<b>Irgendeine Achse I Störung (mindestens)</b>	27 (93,1%)	12 (60,0%)	8,0 <sup>d</sup>

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten;  
 ns = nicht signifikant; <sup>a</sup>) = p < 0,05; <sup>b</sup>) = p = 0,000; <sup>c</sup>) = p = 0,008; <sup>d</sup>) = p = 0,005; - = nicht berechenbar  
 Anmerkung: <sup>1</sup>) N=23; <sup>2</sup>) N=19; <sup>3</sup>) N=28; <sup>4</sup>) df=2; <sup>5</sup>) N=27

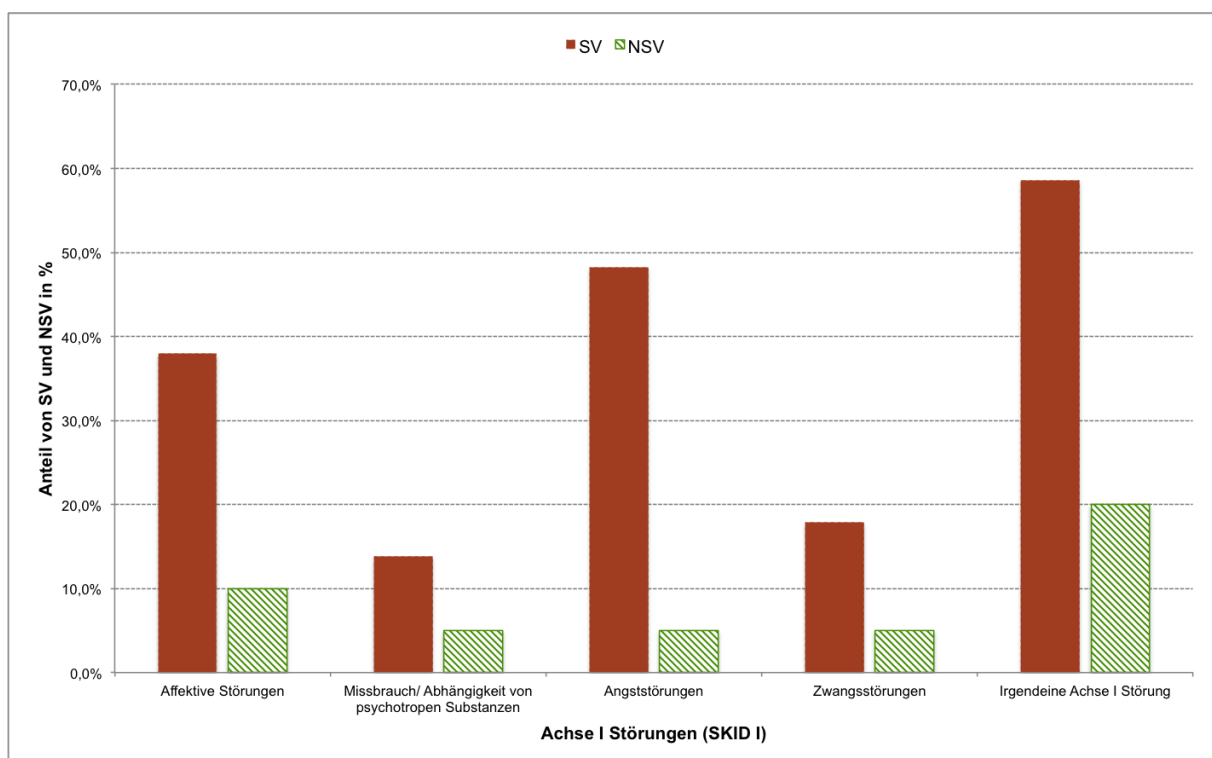
Für beide Erhebungszeiträume zeigten die Frauen mit SVV im SKID I signifikant mehr Achse I – Störungen. Bei Katamnese (letzte 4 Wochen) ergab sich ein signifikanter Unterschied für die affektiven Störungen insgesamt und im Speziellen für Major Depression. Bipolare Störungen (manische und hypomane Episoden), nicht

näher bezeichnete Depression, Depression aufgrund von Krankheitsfaktor oder substanzinduzierte Depression wurden für beide Zeiträume nicht erhoben. Ein besonders ausgeprägter Unterschied errechnete sich für die Angststörungen. Die Frauen mit SVV wiesen sowohl bei Katamnese als auch Lifetime (bis 4 Wochen vor dem Interview) allgemein signifikant mehr Angststörungen auf, dabei betraf der Unterschied bei Katamnese im Speziellen soziale und spezifische Phobie, Lifetime neben Panikstörung und spezifischer Phobie vor allem posttraumatische Belastungsstörungen. Die Signifikanz war für Angststörungen allgemein für beide Zeiträume und speziell für posttraumatische Belastungsstörungen Lifetime am stärksten ausgeprägt. Substanzinduzierte Angststörungen oder Angststörungen aufgrund von Krankheitsfaktor wurden nicht diagnostiziert. Für den Lifetime-Zeitraum gaben die Frauen mit SVV außerdem signifikant mehr Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (speziell Drogenabhängigkeit) an. Kein statistisch signifikanter Unterschied ergab sich bei den psychotischen Störungen (darunter Schizophrenie). Schizophreniforme, schizoaffektive, wahnhafte oder kurze psychotische Störungen, psychotische Symptome aufgrund von Krankheitsfaktor, substanzinduzierte oder nicht näher bezeichnete psychotische Symptome wurden bei keiner Patientin für einen der Zeiträume erhoben. Tabellen 22 und 23 sowie Abbildungen 2 und 3 geben einen Überblick über die Komorbidität nach DSM IV – Achse I (SKID I) bei Katamnese sowie Lifetime.



**Abbildung 2 Komorbidität nach DSM IV – Achse I (SKID I) - Lifetime**

Komorbidität nach DSM IV – Achse I (SKID I) bei den Frauen mit Essstörungen mit selbstverletzendem Verhalten (SV) und ohne selbstverletzendes Verhalten (NSV) Lifetime, erfasst bei Katamnese



**Abbildung 3 Komorbidität nach DSM IV – Achse I (SKID I) – bei Katamnese**

Komorbidität nach DSM IV – Achse I (SKID I) bei den Frauen mit Essstörungen mit selbstverletzendem Verhalten (SV) und ohne selbstverletzendes Verhalten (NSV) bei Katamnese, erfasst bei Katamnese

Tabelle 24 Summenwerte der Psychosozialen Beeinträchtigung (DSM IV – Achse IV) und der Globalen Beurteilung der Leistungsfähigkeit (DSM IV – Achse V) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	SV N=33 M (SD)	NSV N=28 M (SD)	t-Test (df=43)
Anzahl Probleme Achse IV	5,94 (2,56)	5,11 (3,75)	ns
Globale Beurteilung der Leistungsfähigkeit	63,90 (15,87) <sup>1</sup>	74,69 (15,93) <sup>2</sup>	2,2 <sup>a</sup>

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ns = nicht signifikant; <sup>a</sup>) = p < 0,05  
Anmerkung: <sup>1</sup>) N=29; <sup>2</sup>) N= 16

In der Anzahl der psychosozialen Probleme (Achse IV) zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Die Frauen mit Essstörungen ohne SVV wiesen jedoch bei Katamnese eine signifikant bessere psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit (Achse V) auf (vgl. Tabelle 24).

Tabelle 25 Summenwert des Beck-Depressions-Inventars (BDI) und Werte der Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten bei Katamnese, erfasst bei Katamnese

	SV N=33 M (SD)	NSV N=27 M (SD)	t-Test (df=58)
<b>Beck-Depressions-Index</b>	25,20 (15,49)	8,32 (9,19)	5,24 <sup>a</sup>
<b><u>SCL-90-R</u></b>			
General symptomatic index	0,84 (0,72)	0,29 (0,49)	3,5 <sup>b</sup>
Positive symptom total	35,48 (23,91)	13,56 (18,20)	3,9 <sup>a</sup>
Positive symptom distress index	1,81 (0,59) <sup>1</sup>	1,41 (0,51) <sup>2</sup>	2,6 <sup>c</sup>
Somatisierung	0,68 (0,75)	0,27 (0,56)	2,3 <sup>c</sup>
Zwanghaftigkeit	0,84 (0,84)	0,32 (0,65)	2,7 <sup>d</sup>
Unsicherheit im Sozialkontakt	1,13 (0,89)	0,38 (0,59)	3,9 <sup>a</sup>
Depressivität	1,12 (0,94)	0,38 (0,63)	3,6 <sup>b</sup>
Ängstlichkeit	0,82 (0,78)	0,24 (0,55)	3,4 <sup>b</sup>
Aggressivität und Feindseligkeit	0,66 (0,83)	0,22 (0,47)	2,6 <sup>c</sup>
Phobische Angst	0,68 (0,90)	0,08 (0,16)	3,7 <sup>b</sup>
Paranoides Denken	0,69 (0,77)	0,24 (0,45)	2,8 <sup>b</sup>
Psychotizismus	0,59 (0,66)	0,25 (0,52)	2,3 <sup>c</sup>

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; <sup>a</sup>) = p = 0,000; <sup>b</sup>) = p = 0,001; <sup>c</sup>) = p < 0,05; <sup>d</sup>) = p = 0,009  
Anmerkung: <sup>1</sup>) N=32; <sup>2</sup>) N=22

Tabelle 26 Summenwerte der Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	<b>SV</b> <b>N=33</b> <b>M</b> <b>(SD)</b>	<b>NSV</b> <b>N=28</b> <b>M</b> <b>(SD)</b>	<b>t-Test</b> <b>(df=59)</b>
<b>Gesamt</b>	9,85 (10,02)	1,39 (3,40)	4,6 <sup>a</sup>
Zwangsgedanken	4,24 (5,00)	0,54 (1,97)	3,9 <sup>a</sup>
Zwangshandlungen	5,61 (6,39)	0,86 (2,94)	3,8 <sup>a</sup>

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; <sup>a)</sup> = p = 0,000

Auch bei der Erhebung der Komorbidität mittels weiterer Instrumente zeigte sich eine höhere Pathologie der Frauen mit SVV. Sie wiesen sowohl im BDI signifikant mehr Depressivität als auch in der SCL-90-R eine stärkere subjektive Beeinträchtigung durch psychische und körperliche Symptome in den vergangenen sieben Tagen auf. In den drei globalen Kennwerten sowie allen neun Subskalen der SCL-90-R waren die Unterschiede signifikant (vgl. Tabelle 25). Des Weiteren ließen sich für die Frauen mit SVV anhand der Y-BOCS sowohl signifikant mehr Zwangsgedanken als auch mehr Zwangshandlungen nachweisen (vgl. Tabelle 26).

### 3.4.3 Persönlichkeit

Tabelle 27 Summenwerte des Temperament and Character Inventory (TCI) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	<b>SV</b> <b>N=33</b> <b>M</b> <b>(SD)</b>	<b>NSV</b> <b>N=28</b> <b>M</b> <b>(SD)</b>	<b>t-Test</b> <b>(df=59)</b>
<b><u>A) Temperamentdimensionen</u></b>			
Schadensvermeidung	13,09 (3,74)	11,29 (6,71)	ns
Neugierverhalten	19,37 (3,62)	16,25 (6,39)	2,4 <sup>a</sup>
Belohnungsabhängigkeit	12,43 (2,52)	10,74 (4,65)	ns
Beharrungsvermögen	3,65 (1,49)	2,59 (2,78)	ns
<b><u>B) Charakterdimensionen</u></b>			
Selbstlenkungsfähigkeit	22,78 (5,93)	16,75 (10,85)	2,6 <sup>a</sup>
Kooperativität	21,52 (2,82)	20,90 (7,19)	ns
Selbsttranszendenz	12,65 (5,03)	10,24 (6,28)	ns

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ns = nicht signifikant; <sup>a)</sup> = p < 0,05

In der Beurteilung mittels TCI zeigten die Patientinnen mit Essstörungen und SVV in den Temperamentdimensionen ein signifikant stärkeres Neugierverhalten und in den Charakterdimensionen eine signifikant stärkere Selbstlenkungsfähigkeit als die Frauen mit Essstörungen ohne SVV. Tabelle 27 gibt einen Überblick über die einzelnen Temperament- und Charakterdimensionen des TCI, erfasst bei Katamnese.

Tabelle 28 Verteilung der Persönlichkeitsstörungsdiagnosen (DSM IV – Achse II; SIKD II) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	<b>SV</b> <b>N=29</b> <b>N (%)</b>	<b>NSV</b> <b>N=20</b> <b>N (%)</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Test</b> <b>(df=1)</b>
Selbstunsichere PS	8 (27,6%)	2 (10,0%)	ns
Zwanghafte PS	1 (3,4%)	1 (5,0%)	ns
Negativistische PS	2 (6,9%)	0 (0,0%)	ns
Depressive PS	6 (20,7%)	2 (10,0%)	ns
Histrionische PS	1 (3,4%)	0 (0,0%)	ns
Borderline PS	13 (44,8%)	0 (0,0%)	11,7 <sup>a</sup>
Antisoziale PS	1 (3,4%)	0 (0,0%)	ns
<b>Irgendeine PS (mindestens)</b>	<b>19 (57,6%)<sup>1</sup></b>	<b>3 (10,7%)<sup>2</sup></b>	<b>15,5<sup>b3</sup></b>

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten;

PS = Persönlichkeitsstörung; ns = nicht signifikant; <sup>a)</sup> p = 0,001; <sup>b)</sup> p = 0,004

Anmerkung: <sup>1)</sup> N=33; <sup>2)</sup> N=28; <sup>3)</sup> df = 4

Tabelle 29 Summenwert der Persönlichkeitsstörungen (DSM IV - Achse II) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	<b>SV</b> <b>N=33</b> <b>M</b> <b>(SD)</b>	<b>NSV</b> <b>N=28</b> <b>M</b> <b>(SD)</b>	<b>t-Test</b> <b>(df=59)</b>
Anzahl der Persönlichkeitsstörungen	0,97 (1,07)	0,18 (0,61)	3,4 <sup>a</sup>

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; M = Mittelwert;

SD = Standardabweichung; <sup>a)</sup> p = 0,001

Bei den Frauen mit Essstörungen und SVV wurde signifikant häufiger mindestens eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Auch der Summenwert der Anzahl der Persönlichkeitsstörungen lag dementsprechend signifikant über dem Wert der Frauen ohne SVV (vgl. Tabelle 29). Im Speziellen war der Unterschied ausschließlich

für die Borderline-Persönlichkeitsstörung statistisch signifikant (vgl. Tabelle 28). Unter den erfragten Störungen wurde für keine der Probandinnen eine dependente, paranoide oder narzisstische Persönlichkeitsstörung erhoben.

Tabelle 30 Verteilung der Diagnosen der Impulskontrollstörung (DSM IV – in Anlehnung an SKID) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten bei Katamnese (letzte 4 Wochen) und Lifetime (bis 4 Wochen vor Interview), erfasst bei Katamnese

	<b>SV</b> <b>N=29</b> <b>N (%)</b>	<b>NSV</b> <b>N=20</b> <b>N (%)</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Test</b> <b>(df=2)</b>
<b><u>Bei Katamnese</u></b>			
Kleptomanie	1 (3,4%)	0 (0,0%)	ns
Intermittierende explosive Störung	2 (6,9%)	0 (0,0%)	ns
Pathologisches Spielen	0 (0,0%)	0 (0,0%)	- -
Trichotillomanie	0 (0,0%)	0 (0,0%)	- -
Zwanghaftes Einkaufen	5 (27,2%)	0 (0,0%)	ns
<b><u>Lifetime</u></b>			
Kleptomanie	1 (3,4%)	0 (0,0%)	ns
Intermittierende explosive Störung	2 (6,9%)	0 (0,0%)	ns
Pathologisches Spielen	1 (3,4%)	0 (0,0%)	ns
Trichotillomanie	1 (3,4%)	0 (0,0%)	ns
Zwanghaftes Einkaufen	10 (34,5%) <sup>1</sup>	1 (5,0%) <sup>2</sup>	6,9 <sup>a</sup>

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; ns = nicht signifikant; <sup>a</sup>) =  $p < 0,05$ ; - - = nicht berechenbar

Anmerkung: <sup>1</sup>) davon 2 (6,9%) vorhanden, aber nicht kriteriumsgemäß ausgeprägt;

<sup>2</sup>) davon 1 (5,0%) vorhanden, aber nicht kriteriumsgemäß ausgeprägt

Die Frauen mit Essstörungen und SVV erfüllten sowohl bei Katamnese (letzte 4 Wochen) als auch Lifetime (bis 4 Wochen vor dem Interview) für verschiedene Impulskontrollstörungen in Anlehnung an den SKID die Diagnosekriterien und dabei jeweils häufiger als die Frauen mit Essstörungen ohne SVV. Ein signifikanter Unterschied ergab sich nur für „Zwanghaftes Einkaufen“ über den Lifetime-Zeitraum (vgl. Tabelle 30). „Pyromanie“ war die einzige Impulskontrollstörung, die keine der Probandinnen zu einem der beiden Zeiträume bestätigte.

Tabelle 31 Summenwerte der Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	<b>SV N=33 M (SD)</b>	<b>NSV N=28 M (SD)</b>	<b>t-Test (df=59)</b>
Aufmerksamkeit	11,56 (5,18)	8,25 (5,70)	2,4 <sup>a</sup>
Motorische Impulsivität	13,04 (5,35)	12,19 (6,64)	ns
Selbstbeherrschung	11,21 (4,95)	10,14 (6,24)	ns
Kognitive Komplexität	10,82 (4,07)	9,94 (5,85)	ns
Ausdauer	7,52 (3,62)	6,11 (4,62)	ns
Kognitive Instabilität	6,21 (3,38)	4,29 (4,13)	ns
<b>Gesamt-Score</b>	61,73 (17,28)	54,08 (20,00)	ns

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ns = nicht signifikant; <sup>a)</sup> =  $p < 0,05$

Tabelle 32 Summenwerte des Fragebogens zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	<b>SV N=31 M (SD)</b>	<b>NSV N=27 M (SD)</b>	<b>t-Test (df=56)</b>
Spontane Aggression	4,43 (2,94)	2,79 (2,36)	2,3 <sup>a</sup>
Reaktive Aggression	2,80 (2,13)	2,59 (2,76) <sup>1</sup>	ns
Erregbarkeit	6,74 (3,58)	5,30 (3,64)	ns
Selbstaggression	8,06 (2,79)	4,84 (2,22)	4,8 <sup>b</sup>
Aggressionshemmung	7,06 (1,82)	6,29 (2,04) <sup>2</sup>	ns
Offenheit	5,76 (1,78)	5,29 (2,30)	ns

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ns = nicht signifikant; <sup>a)</sup> =  $p < 0,05$ ; <sup>b)</sup> =  $p = 0,000$   
Anmerkung: <sup>1)</sup> N=32; <sup>2)</sup> N=26

In der BIS-11 zeigte sich für die Frauen mit SVV ein signifikant höherer Wert an Aufmerksamkeit (vgl. Tabelle 31). Auch der FAF ergab signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. So ließ sich bei den Frauen mit SVV ein höheres Maß an spontaner Aggression sowie insbesondere an Selbstaggression nachweisen (vgl. Tabelle 32).



### 3.4.4 Missbrauch und Misshandlung

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Interviews zu sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung erläutert, die zugehörigen Tabellen finden sich im Anhang. Die bei beiden traumatischen Ereignisgruppen insgesamt kleine Fallzahl der Probandinnen, bei denen wegen eines Vorfalls das vollständige Interview durchgeführt wurde, erlaubt keine sinnvolle Berechnung von Signifikanztests. Aus diesem Grund wurde auf die Darstellung der Signifikanztests verzichtet.

Von den Frauen mit Essstörungen und SVV gaben 21 (64%), von den Frauen mit Essstörungen ohne SVV nur 6 (21%) der Befragten an, sexuellen Missbrauch erlebt zu haben. Dabei berichteten die Patientinnen mit SVV häufiger von sexuellen Missbrauchsarten, die ein stärkeres Traumatisierungspotential beinhalten, das heißt mehrfach von sexuellem Missbrauch mit Körperkontakt oder sogar Gewaltanwendung (vgl. Anhang B, Tabelle B1). Meistens dauerte die Phase des sexuellen Missbrauchs bei beiden Probandengruppen kürzer als ein Jahr. Bei den Frauen mit SVV wurde jedoch der sexuelle Missbrauch auch häufiger als bei den Frauen ohne SVV über viele Jahre hinweg ( $\geq 5$  Jahre) begangen. In beiden Gruppen wurde bei etwa der Hälfte der Probandinnen wiederholte Male, das heißt mehr als drei Mal, ein Missbrauch durchgeführt. Über 90% der Patientinnen mit Essstörungen und SVV waren bei Beginn des ersten sexuellen Missbrauchs im Kindes- oder Jugendalter, davon über die Hälfte (ca. 60%) in der Pubertät (12 bis 17 Jahre), während etwa zwei Drittel der Frauen mit Essstörungen ohne SVV bereits die Volljährigkeit erreicht hatten (vgl. Anhang B, Tabelle B2). Die Frauen mit SVV gaben mehrfach an, dass der Täter des sexuellen Missbrauchs aus der Familie stammte (vor allem der Onkel). Beim Täter des sexuellen Missbrauchs der Frauen ohne SVV handelte es sich ausschließlich um Personen außerhalb des Familienkreises, vorwiegend um einen Bekannten oder den eigenen Partner. Der eigene Partner wurde auch von den Frauen mit SVV am häufigsten als Täter für den sexuellen Missbrauch angegeben (vgl. Anhang B, Tabelle B3). Meistens stammte der Täter bei beiden Gruppen nicht aus demselben Haushalt (vgl. Anhang B, Tabelle B4). Keine Probandin gab an, von dem sexuellen Missbrauch bleibende körperliche Schäden davon getragen zu haben. Eine der Frauen mit Essstörungen und SVV wurde von dem Missbrauch schwanger und ließ einen Schwangerschaftsabbruch durchführen.

Die Patientinnen mit SVV nahmen häufiger ärztliche Behandlung wegen des sexuellen Missbrauchs in Anspruch, dagegen keine der Frauen ohne SVV. Auch zeigten ausschließlich Frauen mit SVV den sexuellen Missbrauch oder den Täter bei der Polizei an (vgl. Anhang B, Tabelle B4).

Von den Patientinnen mit Essstörungen und SVV wurden 18 (55%) der Befragten, von den Frauen ohne SVV 6 (21%) der Befragten körperlich misshandelt. In beiden Gruppen wurde die körperliche Misshandlung vor allem durch Schlagen verursacht (vgl. Anhang B, Tabelle B5) und über mehrere Jahre hinweg (meistens mehr als 5 Jahre) ausgeübt. Bei Beginn der ersten körperlichen Misshandlung waren die Patientinnen aus beiden Gruppen häufig noch im Kleinkindesalter (vgl. Anhang B, Tabelle B6). Der Täter der körperlichen Misshandlung stammte bei beiden Gruppen vorwiegend aus dem Familienkreis (häufig der Vater), bei den Frauen mit SVV handelte es sich bei dem Täter auch mehrfach um den Partner des Opfers (vgl. Anhang B, Tabelle B7). Die Patientinnen ohne SVV berichteten häufiger davon, dass der Täter im selben Haushalt lebte (vgl. Anhang B, Tabelle B8). Einige der Frauen mit SVV, jedoch keine der Frauen ohne SVV, gaben an, von der Misshandlung bleibende körperliche Schäden davon getragen zu haben. In beiden Gruppen nahmen nur wenige Patientinnen mit Essstörungen wegen der körperlichen Misshandlung ärztliche Behandlung in Anspruch, jeweils mehr als die Hälfte sprach mit dem Therapeuten oder einer anderen Person über die Misshandlung. Keine der Probandinnen zeigte die körperliche Misshandlung oder den Täter bei der Polizei an (vgl. Anhang B, Tabelle B8).

### 3.4.5 Zusätzliche Behandlung

Tabelle 33 Summenwerte der Inanspruchnahme medizinischer und psychotherapeutischer Behandlung seit Entlassung bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	<b>SV N=28 M (SD)</b>	<b>NSV N=20 M (SD)</b>	<b>t-Test (df=42)</b>
Anzahl der Hausarztbesuche	24,21 (53,09)	11,35 (11,29)	ns
Nervenarzt / Psychiater	13,38 (17,89) <sup>1</sup>	15,75 (1,50) <sup>2</sup>	ns
Diplompsychologe / ärztlicher Psychotherapeut	58,22 (61,19) <sup>3</sup>	35,53 (28,66) <sup>4</sup>	ns
Somatisches Krankenhaus (Aufenthalt in Tagen)	9,08 (8,48) <sup>5</sup>	7,67 (4,59) <sup>6</sup>	ns
Psychosomatische / psychotherapeutische Klinik (Aufenthalt in Tagen)	51,67 (28,99) <sup>7</sup>	0,00 (0,00)	- -
Psychiatrische Klinik (Aufenthalt in Tagen)	101,80 (60,48) <sup>8</sup>	0,00 (0,00)	- -

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ns= nicht signifikant, - - = nicht berechenbar  
 Anmerkung: <sup>1</sup> N=16; <sup>2</sup> N=4; <sup>3</sup> N=27; <sup>4</sup> N=17; <sup>5</sup> N=13; <sup>6</sup> N=6; <sup>7</sup> N=3; <sup>8</sup> N=5

Tabelle 34 Verteilung der stationären Aufenthalte seit Entlassung bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	<b>SV N=56 N (%)</b>	<b>NSV N=78 N (%)</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Test (df=1)</b>
Somatisches Krankenhaus	13 (23,2%)	6 (7,7%)	6,5 <sup>a</sup>
Psychosomatische / psychotherapeutische Klinik	3 (5,4%)	0 (0,0%)	4,3 <sup>a</sup>
Psychiatrische Klinik	5 (8,9%)	0 (0,0%)	7,2 <sup>b</sup>

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten;  
 ns = nicht signifikant; <sup>a</sup>) = p < 0,05; <sup>b</sup>) = p = 0,007

Die Frauen mit Essstörungen und SVV suchten nach ihrer Entlassung aus der Klinik Roseneck häufiger den Hausarzt oder ambulanten Psychotherapeuten auf, dabei zeigte sich jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Im Durchschnitt wurden die Patientinnen mit SVV nochmals über 50 Tage stationär in

einer psychosomatischen oder psychotherapeutischen Klinik und über 100 Tage in einer psychiatrischen Klinik nach ihrer Entlassung behandelt, während die Frauen mit Essstörungen ohne SVV keinen Aufenthalt in einer dieser Kliniken bestätigten (vgl. Tabelle 33). Insgesamt wurden signifikant mehr Frauen mit SVV nach ihrer Entlassung aus der Schön Klinik Roseneck in einem somatischen Krankenhaus, einer psychosomatischen oder einer psychiatrischen Klinik stationär behandelt (vgl. Tabelle 34). Von allen Probandinnen beider Gruppen wurde der Aufenthalt in einer Kur- oder Rehabilitationsklinik verneint.

### **3.5 Verlauf**

Auf den Folgeseiten sind die Ergebnisse zum Verlauf der essstörungsspezifischen Psychopathologie bei beiden Gruppen dargestellt.

Tabelle 35 Varianzanalyse von Body Mass Index und Selbstbeurteilungsverfahren des Strukturierten Inventars für Anorektische und Bulimische Essstörungen (SIAB-S) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Aufnahme und Katamnese

	SV N=33		NSV N=27		MANOVA		
	Aufnahme M (SD)	Katamnese M (SD)	Aufnahme M (SD)	Katamnese M (SD)	F <sub>Gruppe</sub>	F <sub>Zeit</sub>	F <sub>GruppexZeit</sub>
<b>Body Mass Index</b>	20,41 (9,41) <sup>1</sup>	21,54 (8,37) <sup>1</sup>	19,52 (6,60) <sup>2</sup>	20,56 (5,07) <sup>2</sup>	ns	5,3 <sup>a</sup>	ns
<b><u>SIAB-S bei Aufnahme bzw.</u></b>							
<b><u>Katamnese</u></b>							
Allgemeine Psychopathologie	2,10 (0,79)	1,68 (0,97)	1,67 (0,63)	0,66 (0,65)	16,4 <sup>b</sup>	55,7 <sup>b</sup>	9,2 <sup>c</sup>
Bulimische Symptome	2,24 (1,30)	1,59 (1,44)	2,30 (1,22)	1,12 (1,17)	ns	24,9 <sup>b</sup>	ns
Körperbild	2,48 (0,88)	2,15 (0,90)	2,27 (0,90)	1,18 (0,63)	11,5 <sup>d</sup>	29,8 <sup>b</sup>	8,4 <sup>e</sup>
Sexualität	2,01 (1,05)	1,43 (0,92)	1,69 (0,94) <sup>3</sup>	0,87 (1,05) <sup>3</sup>	4,4 <sup>a</sup>	23,0 <sup>b</sup>	ns
Gegensteuernde Maßnahmen	0,63 (0,58)	0,54 (0,45)	0,41 (0,32)	0,18 (0,17)	10,9 <sup>f</sup>	6,1 <sup>a</sup>	ns
Atypische Essanfälle	1,45 (1,14)	0,89 (1,05)	1,19 (1,11)	0,72 (0,94)	ns	11,0 <sup>f</sup>	ns
Gesamt	1,83 (0,51)	1,44 (0,73)	1,57 (0,42) <sup>3</sup>	0,84 (0,79) <sup>3</sup>	10,5 <sup>f</sup>	37,3 <sup>b</sup>	ns
<b><u>SIAB-S Lifetime (Maximum)</u></b>							
Bulimische Symptome	2,31 (1,18)	2,60 (1,27)	1,93 (1,27)	2,54 (1,24)	ns	15,0 <sup>b</sup>	ns
Allgemeine Psychopathologie	2,09 (0,74)	2,77 (0,73)	1,44 (0,73)	2,05 (0,75)	16,6 <sup>b</sup>	52,6 <sup>b</sup>	ns
Schlankkeitsideal	2,19 (0,99)	3,07 (0,67)	2,29 (1,13)	2,84 (0,79)	ns	23,8 <sup>b</sup>	ns
Sexualität und soziale Integration	2,02 (1,09)	2,33 (1,05)	1,41 (0,86)	1,84 (0,97)	6,4 <sup>a</sup>	6,7 <sup>a</sup>	ns
Körperbild	1,45 (0,88)	1,93 (0,84)	1,26 (0,72) <sup>3</sup>	1,89 (0,88) <sup>3</sup>	ns	25,4 <sup>b</sup>	ns
Gegensteuernde Maßnahmen	0,97 (0,72)	1,21 (0,76)	0,25 (0,18)	0,37 (0,29)	29,5 <sup>b</sup>	19,7 <sup>b</sup>	ns
Gesamt	1,81 (0,63)	2,26 (0,54)	1,41 (0,61)	1,92 (0,61)	7,9 <sup>g</sup>	39,5 <sup>b</sup>	ns

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; MANOVA= Multivariate Varianzanalyse; M= Mittelwert; SD= Standardabweichung; ns = nicht signifikant; BMI= Body-Mass-Index; <sup>a)</sup> = p < 0,05; <sup>b)</sup> = p = 0,000; <sup>c)</sup> = p = 0,004; <sup>d)</sup> = p = 0,001; <sup>e)</sup> = p = 0,005; <sup>f)</sup> = p = 0,002; <sup>g)</sup> = p = 0,007

Anmerkung: <sup>1)</sup> N=30; <sup>2)</sup> N=24; <sup>3)</sup> N=28

Tabelle 36 Varianzanalyse von Eating Disorder Inventory (EDI-2) und Fragebogen zum Essverhalten (FEV) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Aufnahme und Katamnese

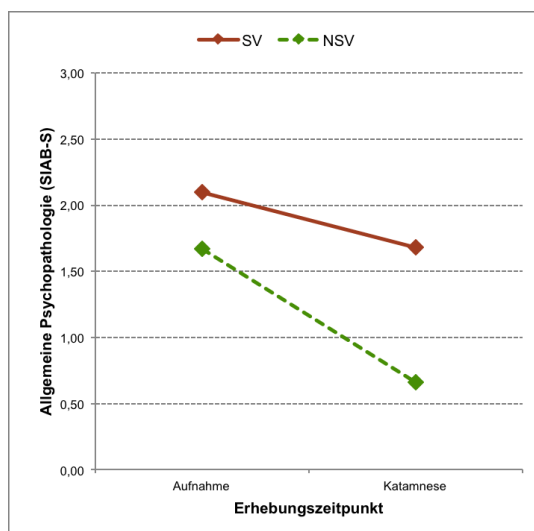
	SV N=32		NSV N=25		MANOVA		
	Aufnahme M (SD)	Katamnese M (SD)	Aufnahme M (SD)	Katamnese M (SD)	F <sub>Gruppe</sub>	F <sub>Zeit</sub>	F <sub>GruppexZeit</sub>
<b>EDI-2</b>							
Gesamtscore	94,42 (28,72)	81,23 (42,45)	78,12 (20,56)	43,88 (29,24)	13,3 <sup>a</sup>	30,2 <sup>b</sup>	5,9 <sup>c</sup>
Drang dünn zu sein	14,06 (5,36)	11,80 (6,34)	11,16 (6,23)	5,24 (5,67)	14,0 <sup>b</sup>	19,6 <sup>b</sup>	ns
Bulimie	8,67 (6,67)	5,66 (6,65)	8,96 (6,96)	4,39 (5,45)	ns	15,3 <sup>b</sup>	ns
Unzufriedenheit mit dem Körper	19,06 (7,39)	17,75 (8,59)	16,88 (7,28)	9,58 (7,00)	9,5 <sup>d</sup>	14,0 <sup>b</sup>	6,8 <sup>c</sup>
Ineffektivität	14,88 (6,67)	12,13 (8,19)	10,47 (5,95)	6,18 (6,14)	10,2 <sup>e</sup>	16,6 <sup>b</sup>	ns
Perfektionismus	8,70 (4,59)	8,74 (5,63)	7,88 (5,05)	5,53 (3,98)	ns	5,2 <sup>c</sup>	5,6 <sup>c</sup>
Zwischenmenschliches Misstrauen	8,84 (5,24)	8,13 (6,30)	4,92 (3,88)	2,66 (3,28)	14,5 <sup>b</sup>	9,9 <sup>d</sup>	ns
Interozeption	13,99 (6,18)	11,16 (8,73)	10,68 (4,39)	4,32 (4,99)	12,4 <sup>a</sup>	23,4 <sup>b</sup>	ns
Angst vor dem Erwachsenwerden	5,89 (4,26)	5,59 (4,20)	7,15 (4,05)	5,96 (4,22)	ns	ns	ns
Asketismus	9,58 (5,53)	8,47 (5,90)	5,68 (2,90)	1,76 (2,13)	24,4 <sup>b</sup>	17,7 <sup>b</sup>	5,5 <sup>c</sup>
Impulsregulation	10,91 (6,68)	11,84 (9,21)	6,32 (4,84)	3,60 (5,61)	15,3 <sup>b</sup>	ns	4,4 <sup>c</sup>
Soziale Unsicherheit	10,34 (5,36)	9,25 (6,54)	6,96 (3,75)	4,24 (3,75)	11,8 <sup>a</sup>	9,8 <sup>d</sup>	ns
<b>FEV</b>							
Kognitive Kontrolle	13,49 (5,80) <sup>1</sup>	13,33 (6,12) <sup>1</sup>	12,16 (6,05)	8,76 (5,70)	4,8 <sup>c</sup>	4,9 <sup>c</sup>	4,1 <sup>c</sup>
Disinhibition	8,94 (4,74) <sup>1</sup>	7,61 (4,53) <sup>1</sup>	9,96 (4,79)	8,28 (4,28)	ns	8,0 <sup>f</sup>	ns
Hunger	7,21 (4,29) <sup>1</sup>	6,06 (3,93) <sup>1</sup>	7,76 (3,87)	7,00 (4,00)	ns	ns	ns

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; MANOVA= Multivariate Varianzanalyse; M= Mittelwert; SD= Standardabweichung;

ns = nicht signifikant; <sup>a)</sup> = p = 0,001; <sup>b)</sup> = p = 0,000; <sup>c)</sup> = p < 0,05; <sup>d)</sup> = p = 0,003; <sup>e)</sup> = p = 0,002; <sup>f)</sup> = p = 0,006

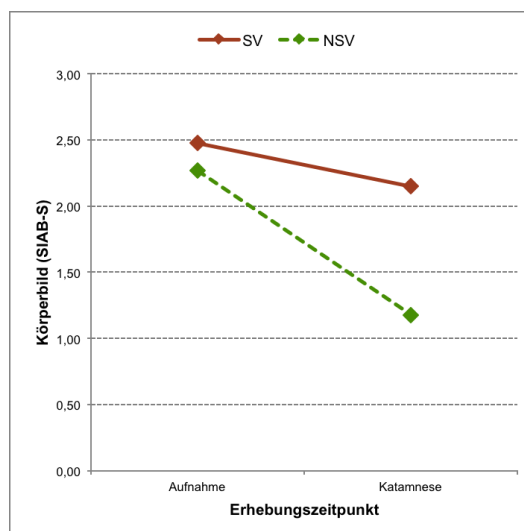
Anmerkung: <sup>1)</sup> N=25

Bei beiden Gruppen war in der Verlaufsanalyse von Aufnahme bis Katamnese eine Zunahme des BMI zu verzeichnen, jedoch ergab sich dabei kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. In der Selbstbeurteilung zur essstörungsspezifischen Psychopathologie wiesen die Frauen mit Essstörungen ohne SVV gegenüber den Frauen mit Essstörungen mit SVV im SIAB-S eine signifikant stärkere Verbesserung im Gruppenverlauf von Aufnahme- bis Katamnesezeitpunkt in den Skalen „Allgemeine Psychopathologie“ sowie „Körperschemastörung“ auf (vgl. Abbildungen 4 und 5). Bei den anderen Subskalen sowie der Lifetime-Beurteilung des SIAB-S fanden sich keine signifikanten Unterschiede in den Gruppenverläufen (vgl. Tabelle 35). Durch die anderen Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der essstörungsspezifischen Pathologie ließen sich weitere statistisch signifikante Gruppenunterschiede im Verlauf nachweisen. Im EDI-2 zeigten die Patientinnen ohne SVV sowohl im Gesamtscore (vgl. Abbildung 6) als auch in den Skalen „Unzufriedenheit mit dem Körper“ und „Asketismus“ einen signifikant stärkeren Rückgang. Bei den Skalen „Perfektionismus“ und „Impulsregulation“ ergab sich für die Frauen mit SVV sogar eine Verschlechterung im Verlauf, ein signifikanter Gruppenunterschied über die Zeit bestand hierbei jedoch nicht. Die Verlaufsanalyse des FEV zeigte in beiden Gruppen eine Abnahme der kognitiven Kontrolle. Bei den Frauen mit Essstörungen ohne SVV war der Rückgang signifikant stärker ausgeprägt (vgl. Tabelle 36, Abbildung 7).



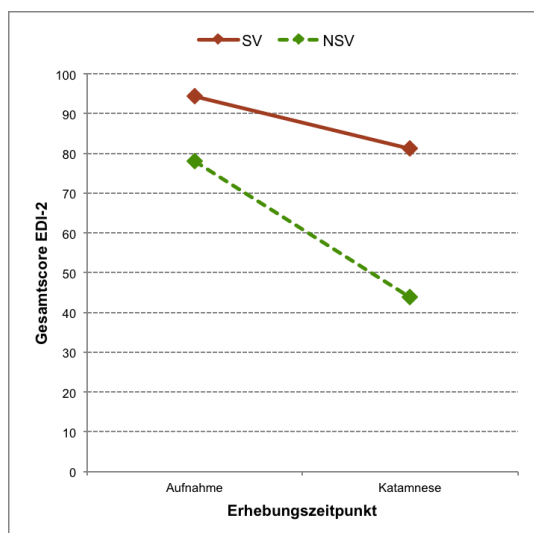
**Abbildung 4 Verlauf „Allgemeine Psychopathologie“ (SIAB-S)**

Verlauf von Klinikaufnahme bis Katamnese der Skala „Allgemeine Psychopathologie“ des Strukturierten Inventars für Anorektische und Bulimische Essstörungen - Selbstbeurteilung (SIAB-S) für die Frauen mit Essstörungen mit selbstverletzendem Verhalten (SV) und ohne selbstverletzendes Verhalten (NSV)



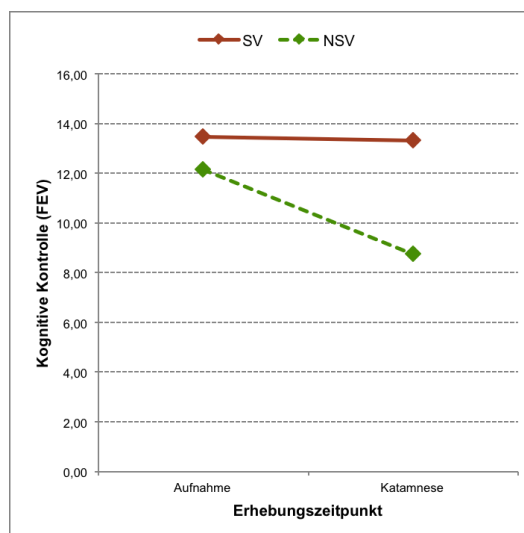
**Abbildung 5 Verlauf „Körperbild“ (SIAB-S)**

Verlauf von Klinikaufnahme bis Katamnese der Skala „Körperbild“ des Strukturierten Inventars für Anorektische und Bulimische Essstörungen - Selbstbeurteilung (SIAB-S) für die Frauen mit Essstörungen mit selbstverletzendem Verhalten (SV) und ohne selbstverletzendes Verhalten (NSV)



**Abbildung 6 Verlauf Gesamtscore EDI-2**

Verlauf von Klinikaufnahme bis Katamnese des EDI-2 Gesamtscores für die Frauen mit Essstörungen mit selbstverletzendem Verhalten (SV) und ohne selbstverletzendes Verhalten (NSV)



**Abbildung 7 Verlauf „Kognitive Kontrolle“ (FEV)**

Verlauf von Klinikaufnahme bis Katamnese der Skala „Kognitive Kontrolle“ des FEV für die Frauen mit Essstörungen mit selbstverletzendem Verhalten (SV) und ohne selbstverletzendes Verhalten (NSV)



Tabelle 37 Varianzanalysen von Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R) und Beck-Depressions-Inventar (BDI) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Aufnahme und Katamnese

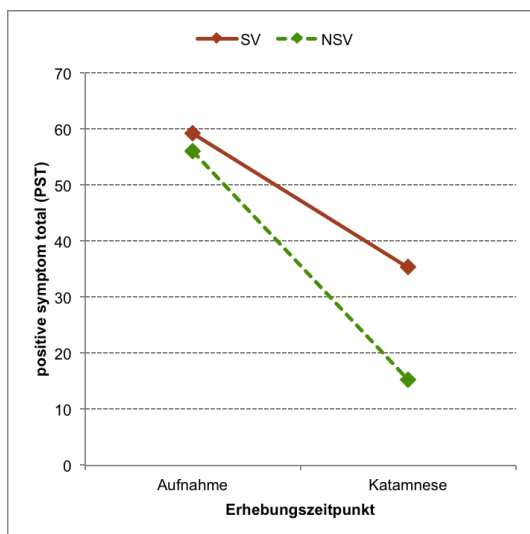
	SV N=32		NSV N=23		MANOVA		
	Aufnahme M (SD)	Katamnese M (SD)	Aufnahme M (SD)	Katamnese M (SD)	F <sub>Gruppe</sub>	F <sub>Zeit</sub>	F <sub>GruppexZeit</sub>
<b>SCL-90-R</b>							
General symptomatic index	1,61 (0,79)	0,85 (0,73)	1,30 (0,64)	0,33 (0,52)	6,2 <sup>a</sup>	93,7 <sup>b</sup>	ns
Positive symptom total	59,25 (20,67)	35,38 (24,28)	56,04 (18,33)	15,30 (19,09)	5,9 <sup>a</sup>	102,5 <sup>b</sup>	7,0 <sup>a</sup>
Positive symptom distress index	2,35 (0,58) <sup>1</sup>	1,83 (0,60) <sup>1</sup>	2,11 (0,45) <sup>2</sup>	1,45 (0,52) <sup>2</sup>	5,1 <sup>a</sup>	58,5 <sup>b</sup>	ns
Somatisierung	1,51 (0,93) <sup>3</sup>	0,68 (0,75) <sup>3</sup>	1,01 (0,70)	0,32 (0,59)	4,9 <sup>a</sup>	59,9 <sup>b</sup>	ns
Zwanghaftigkeit	1,61 (0,97)	0,84 (0,86)	1,36 (0,84)	0,37 (0,69)	ns	65,4 <sup>b</sup>	ns
Unsicherheit im Sozialkontakt	2,15 (1,00)	1,14 (0,91)	1,85 (0,90)	0,44 (0,62)	6,1 <sup>a</sup>	83,7 <sup>b</sup>	ns
Depressivität	2,00 (0,86)	1,13 (0,95)	1,87 (0,85)	0,45 (0,67)	ns	119,7 <sup>b</sup>	7,0 <sup>a</sup>
Ängstlichkeit	1,55 (0,91) <sup>3</sup>	0,82 (0,78) <sup>3</sup>	1,24 (0,77)	0,28 (0,59)	5,4 <sup>a</sup>	61,8 <sup>b</sup>	ns
Aggressivität und Feindseligkeit	1,34 (0,93) <sup>3</sup>	0,66 (0,83) <sup>3</sup>	0,88 (0,87)	0,25 (0,50)	5,2 <sup>a</sup>	34,3 <sup>b</sup>	ns
Phobische Angst	1,06 (0,87) <sup>3</sup>	0,68 (0,90) <sup>3</sup>	0,47 (0,43)	0,08 (0,18)	11,2 <sup>c</sup>	22,9 <sup>b</sup>	ns
Paranoides Denken	1,44 (0,87) <sup>3</sup>	0,69 (0,77) <sup>3</sup>	1,38 (0,77)	0,26 (0,48)	ns	92,2 <sup>b</sup>	ns
Psychotizismus	1,25 (0,91)	0,59 (0,67)	0,94 (0,56)	0,28 (0,55)	ns	36,7 <sup>b</sup>	ns
<b>BDI</b>	28,25 (11,32) <sup>3</sup>	25,20 (15,49) <sup>3</sup>	20,44 (7,21) <sup>4</sup>	8,82 (9,60) <sup>4</sup>	20,8 <sup>b</sup>	18,9 <sup>b</sup>	6,5 <sup>a</sup>

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; MANOVA= Multivariate Varianzanalyse; M= Mittelwert; SD= Standardabweichung;

ns = nicht signifikant; <sup>a)</sup> = p < 0,05; <sup>b)</sup> = p = 0,000; <sup>c)</sup> = p = 0,001

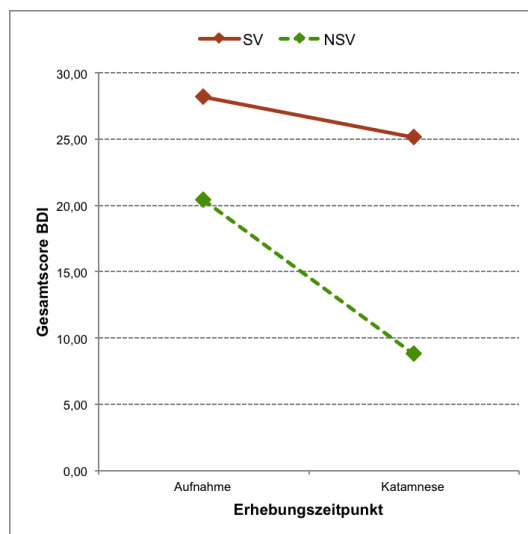
Anmerkung: <sup>1)</sup> N=31; <sup>2)</sup> N=20; <sup>3)</sup> N=33; <sup>4)</sup> N = 24

Bei der Verlaufsbeurteilung der Komorbidität zeigte sich in der SCL-90-R in einem der drei Globalen Kennwerte ein signifikanter Gruppenunterschied im Verlauf zwischen den Frauen mit und ohne SVV. Der PST-Wert (positive symptom total), d.h. die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt, besserte sich bei beiden Gruppen, jedoch signifikant stärker bei den Patientinnen ohne SVV (vgl. Abbildung 8). Auch im BDI zeigte sich eine Besserung der depressiven Symptomatik bei beiden Gruppen mit einem signifikant günstigeren Verlauf für die Frauen ohne SVV (vgl. Tabelle 37, Abbildung 9).



**Abbildung 8 Verlauf PST (SCL-90-R)**

Verlauf von Klinikaufnahme bis Katamnese des globalen Kennwerts „positive symptom total“ (PST) der SCL-90-R für die Frauen mit Essstörungen mit selbstverletzendem Verhalten (SV) und ohne selbstverletzendes Verhalten (NSV)



**Abbildung 9 Verlauf Gesamtscore BDI**

Verlauf von Klinikaufnahme bis Katamnese des BDI-Gesamtscores für die Frauen mit Essstörungen mit selbstverletzendem Verhalten (SV) und ohne selbstverletzendes Verhalten (NSV)

## **4 Diskussion**

### **4.1 Grundzüge der Aussage und Beurteilung der Studienmethodik**

Das Ziel dieser Studie war eine detaillierte Analyse von Ausprägung und Unterschieden essstörungsspezifischer und allgemeiner Psychopathologie bei Frauen mit Essstörungen mit SVV gegenüber Frauen mit Essstörungen ohne SVV. Hierfür erfolgte die Untersuchung von 61 Patientinnen mit Essstörungen, davon 33 Frauen mit SVV und 28 Frauen ohne SVV. Die Fallzahl der Probandinnen ist für das Thema Selbstverletzungsverhalten speziell bei Essstörungen, das in der Literatur bislang in nur sehr wenigen Studien ausführlich behandelt wurde, als akzeptabel anzusehen. Im Studiendesign wurde die Vergleichsgruppe nach Alter, Essstörungsdiagnose und Dauer der Essstörung parallelisiert und zu allen untersuchten Bereichen mit denselben Messinstrumenten befragt. Dadurch ließen sich Unterschiede in der Psychopathologie, die sich aus Diagnose und Chronifizierung der Essstörung sowie Alters- oder Methodeneffekten ergeben, weitestgehend minimieren. Durch die Verwendung oft mehrerer meist etablierter Instrumente zu den entscheidenden Hypothesen konnte eine hohe Messgenauigkeit erzielt werden. Hierzu erfolgte die Datenerhebung zu gleichen Inhalten teilweise sowohl mittels Experteninterview als auch mittels Selbstauskunft der Patientinnen im Fragebogen (SIAB, Inventar zur Erfassung von selbstverletzendem Verhalten bei Essstörungen, Inanspruchnahme medizinischer und psychotherapeutischer Behandlung) oder mittels unterschiedlicher Instrumente, die dieselbe oder ähnliche Pathologie messen (SIAB/EDI-2/FEV; SKID I/BDI/SCL-90-R; Fragen zu Störungen der Impulskontrolle/BIS-11/FAF). Für die Bearbeitung des Themas Selbstverletzungsverhalten speziell bei Essstörungen waren die bestehenden Instrumente zu einigen zentralen Themen unzureichend, weshalb im Rahmen der Arbeitsgruppe neue Instrumente für eine detaillierte Erfassung von selbstverletzendem Verhalten sowie sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung entwickelt wurden. Diese Instrumente sind von inhaltlicher Relevanz, sie wurden aufgrund von Literaturrecherchen und Erfahrungen von Ärzten und Diplom-Psychologen, die im Bereich der Essstörungen therapeutisch und/oder wissenschaftlich tätig sind, formuliert.

Die Ergebnisse der hier durchgeführten Studie zeigten in vielen Bereichen der essstörungsspezifischen sowie allgemeinen Psychopathologie signifikante Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen. Die Frauen mit SVV wiesen bei Katamnese sowie Lifetime eine stärkere Ausprägung in der essstörungsspezifischen Psychopathologie auf. Ebenso ergab die Verlaufsanalyse der beiden Gruppen von Aufnahme bis Katamnese einen günstigeren Verlauf für die Frauen ohne SVV bezüglich essstörungsspezifischer Psychopathologie aber auch bezüglich Komorbidität. Die Ergebnisse der Datenerhebung zur Komorbidität zeigten bei den Frauen mit Essstörungen und SVV für beide Erhebungszeiträume mehr Achse I-Störungen, hierbei war der Unterschied bei den Angststörungen besonders ausgeprägt. Weitere Unterschiede fanden sich für affektive Störungen sowie Zwangsstörungen. Zudem zeigten die Patientinnen mit SVV mehr Borderline-Persönlichkeitsstörungen sowie Störungen der Impulskontrolle. Die Frauen mit SVV gaben auch häufiger an, Opfer sexuellen Missbrauchs oder körperlicher Misshandlung gewesen zu sein. Dabei handelte es sich mehrfach um Missbrauchsarten mit einem starken Traumatisierungspotential. Die Erfahrung traumatischer Lebensereignisse sowie die Ausprägung der Psychopathologie könnten mitunter begründen, weshalb die Frauen mit Essstörungen mit SVV nach ihrer Entlassung aus der Schön Klinik Roseneck häufiger stationäre Behandlung in einer Klinik für körperliche oder psychische Erkrankungen in Anspruch nahmen als die Frauen mit Essstörungen ohne SVV.

Wenngleich die Entwicklung neuer Instrumente eine detaillierte Datenerhebung zu zentralen Bereichen dieser Studie ermöglichte, ist zu berücksichtigen, dass diese Erhebungsmethoden bislang nicht hinsichtlich ihrer Validität überprüft wurden. Zudem ist durch die Verwendung nicht etablierter Instrumente die Vergleichsmöglichkeit mit anderen Studien eingeschränkt. Eine weitere Einschränkung der Studienaussage besteht darin, dass die Stichprobengröße von insgesamt 61 Probandinnen, etwa zur Hälfte Frauen mit und ohne SVV, für einige untersuchte Kategorien nur begrenzt repräsentativ ist. Bei den Interviews zu sexuellem Missbrauch oder körperlicher Misshandlung war es in einzelnen Fällen nicht möglich, alle Daten zu den Missbrauchsvorgängen zu erheben. Um der teilweise labilen psychischen Situation der Probandinnen gerecht zu werden, wurde, falls erwünscht, auf weitere Fragen vor allem zu sexuellem Missbrauch nicht weiter

eingegangen, auch wenn die Eingangsfrage zu einem derartigen Vorfall bejaht wurde. Gerade bezüglich spezieller Themen wie „Sexueller Missbrauch“ und „Körperliche Misshandlung“ sind noch zukünftige Studien mit höheren Fallzahlen erforderlich, um Aussagen über signifikante Gruppenunterschiede treffen zu können. Da ausschließlich weibliche Probanden, die sich mindestens einmal in stationärer Behandlung befanden, zur Rekrutierung der Studie herangezogen wurden, wären auch weiterführende Studien für Schlussfolgerungen bezüglich geschlechtsunabhängiger Psychopathologie sowie bezüglich ausschließlich ambulant behandelter Patienten mit Essstörungen und SVV wünschenswert.

## **4.2 Spezielle Themen im Zusammenhang mit der Selbstverletzung**

### *Selbstverletzungscharakterisierung*

In der hier durchgeführten Studie hatten sich die meisten Probandinnen mit SVV sowohl Lifetime als auch bei Katamnese durch „Ritzen oder Schneiden mit einem scharfen Gegenstand“ verletzt. Dieser Selbstverletzungsart wurde auch die größte persönliche Bedeutung beigemessen. Weitere häufige Selbstverletzungsarten waren „Aufkratzen bereits verkrusteter Wunden“ oder „Schlagen gegen feste Gegenstände mit einem Körperteil“. Unsere Ergebnisse stimmen im Wesentlichen mit einigen Arbeiten aus der Literatur überein, in denen bei Probanden mit SVV sowohl mit als auch ohne Essstörungen „Schneiden“, „Aufkratzen der Haut“ und „sich selbst bzw. gegen feste Gegenstände Schlagen“ als häufigste Selbstverletzungsarten angegeben wurden (Claes et al., 2010; Gratz, 2001; Nixon et al., 2008; Paul et al. 2002). In einigen Studien werden als Körperstellen, die von der Selbstverletzung am häufigsten betroffen waren, die oberen Extremitäten genannt (Claes et al., 2001; Paul et al., 2002; Whitlock et al., 2006). Wir konnten diese Befunde bestätigen und zusätzlich spezifizieren, dass die Selbstverletzung vor allem an den Unterarmen ausgeführt wurde. Es handelte sich dabei um Selbstverletzungen mit deutlichem Schweregrad, das heißt, dass sich die meisten Probandinnen mit sichtbaren Auswirkungen, wie beispielsweise Bluten, verletzten und ein großer Prozentsatz von der früheren Selbstverletzung Narben behielt (83,3%). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Paul et al. (2002), in deren Studie diese Folgeerscheinungen bei etwa drei Viertel der untersuchten Frauen mit Essstörungen und SVV erhoben wurden. Auswirkungen wie Blutungen und in der Folge Narbenbildung sowie Selbstverletzung

an leicht zugänglichen Körperstellen wie den Unterarmen wäre durch die in unserer Studie vorherrschende Selbstverletzungsart „Ritzen oder Schneiden“ erklärbar.

Der größte Anteil der Probandinnen (36,7%) verletzte sich über den Lifetime-Zeitraum häufig, das heißt mehrmals pro Woche bis einmal am Tag, mit mindestens einer Selbstverletzungsart. Zusammengefasst fügten sich fast drei Viertel der Frauen (73,4%) mehr als einmal im Monat Selbstverletzungen zu. In der Literatur reichen die Daten zur Häufigkeit von SVV von mehr als einmal monatlich bei einem Drittel von Patienten mit Essstörungen (Paul et al., 2002) bis mehrmals pro Woche bei über 80% aus einem allgemeinspsychiatrischen Kollektiv (Nixon et al., 2002). Hieraus wird ersichtlich, dass Selbstverletzung wiederholt angewandt wird und eine Tendenz zur Chronifizierung aufweist. Möglicherweise ist dies auf die kurze Dauer der emotionalen Besserung durch die Selbstverletzung zurückzuführen (Bachetzky, 2009; Favazza, 2006; Paul et al., 2002). Dennoch gaben in der vorliegenden Studie bei Katamnese etwa die Hälfte der Frauen mit SVV an, in den letzten vier Wochen keine Selbstverletzung mehr durchgeführt zu haben. Dies ließe sich einerseits dadurch erklären, dass es sich um eine klinische Stichprobe handelte und alle Probandinnen bereits langjährige psychotherapeutische Behandlung und mindestens einen stationären Aufenthalt in der Schön Klinik Roseneck in Anspruch genommen hatten. Andererseits kann durch die vorliegenden Daten keine Aussage über die Langzeitentwicklung der zum Katamnesezeitpunkt bestehenden Bewältigung des Selbstverletzungsimpulses getroffen werden.

Aus der klinischen Erfahrung der im Rahmen der Entwicklung des „Inventars zur Erfassung von selbstverletzendem Verhalten bei Essstörungen“ beteiligten Ärzte und Diplom-Psychologen der Schön Klinik Roseneck existiert häufig ein bestimmtes Selbstverletzungs-Ritual. Bisher gibt es in der Literatur kaum Angaben über ein der Selbstverletzung zugrunde liegendes Muster. Dies liegt mitunter daran, dass die meisten Instrumente eine weniger detaillierte Erfassung von SVV beinhalten. In der hier durchgeführten Untersuchung wurden die klinischen Beobachtungen bestätigt. Es zeigte sich, dass sich viele der Probandinnen (43,3%) immer nach demselben Muster verletzten. Dabei stand zu Beginn ein belastender Gefühlszustand, der durch die Selbstverletzung bewältigt werden sollte. Häufig wurde die Selbstverletzung insofern bewusst ausgeführt, dass sich die Frauen das „Selbstverletzungs-

Werkzeug“ zunächst vor sich hinlegten und es betrachteten, bevor sie mit der eigentlichen Durchführung begannen. Ähnliche Phänomene wurden von Herpertz und Saß (1994) berichtet, die den Ablauf des Selbstverletzungsaktes bei vielen ihrer Patienten als bis in alle Einzelheiten identisch beschrieben.

### *Beginn der Selbstverletzung*

Die Selbstverletzung begann bei über der Hälfte unserer Probandinnen (56%) in der Pubertät (12 bis 17 Jahre), dabei wurde wiederum „Schneiden oder Ritzen“ als häufigste Art der ersten Selbstverletzung angegeben. Vergleichbare Ergebnisse zum Beginn des SVV liefern Studien von Patienten mit Essstörungen sowie aus der Allgemeinbevölkerung (Claes et al., 2001; Nixon et al., 2008). Der größte Teil der hier befragten Probandinnen (46,7%) begann etwa zeitgleich (+/- 1 Jahr) mit Beginn der Essstörung sich auch selbst zu verletzen. In den wenigen Studien zu SVV bei Essstörungen wurde ein erstmaliges Auftreten der Selbstverletzung erst nach dem Beginn der Essstörung beschrieben (Paul et al., 2002; Schmidt et al., 1992). Dabei unterscheiden sich jedoch die Ergebnisse von Schmidt et al. (1992) insofern nicht maßgeblich von unseren Befunden, als in ihrer Studie bei Patienten mit bulimischen Essstörungen das SVV innerhalb von 2 Jahren und somit innerhalb eines begrenzten Zeitraums nach Beginn der Essstörung erstmalig auftrat. Sowohl das Auftreten zeitgleich als auch im weiteren Verlauf einer Essstörung erscheint plausibel, da sich SVV häufig dann entwickelt, wenn andere Bewältigungsstrategien alleine nicht ausreichen.

Von den Frauen mit Essstörungen mit SVV gaben 40% an, sich an kein bestimmtes Ereignis als direkten Auslöser für den Beginn der Selbstverletzung zu erinnern, einige konnten sich nur den zuvor bestehenden Gefühlszustand ins Gedächtnis rufen. Bei etwa 13% der Probandinnen lag ein traumatisches Ereignis (sexueller Missbrauch oder körperliche Misshandlung) dem erstmaligen Auftreten des SVV zugrunde. Insbesondere sexueller Missbrauch wird bei Frauen in der Literatur als auslösender Faktor für SVV beschrieben (Greydanus & Shek, 2009). Ebenso spielen Trennung oder Scheidung der Eltern eine ursächliche Rolle. Letzteres wurde zusammen mit dem Verlust einer nahe stehenden Person von ebenfalls 13% der Probandinnen angegeben.

### *Motiv der Selbstverletzung*

Das Motiv für die Selbstverletzung lag in dieser Studie vor allem in der Befreiung von negativen Gefühlszuständen. Insbesondere Anspannung (Lifetime 56,7%) und Selbsthass (Lifetime 46,7%) wurden als Selbstverletzungsgrund angegeben, aber auch Aggressionen gegen andere oder Wut auf sich selbst und Selbstbestrafung. Diesbezüglich stimmen unsere Ergebnisse im Wesentlichen mit mehreren Studien überein, in denen sich bei Probanden mit und ohne Essstörungen die Reduktion von negativen Gedanken und Emotionen wie Anspannung, Wut oder Ärger als vorwiegende Selbstverletzungsmotive finden (Paul et al., 2002; Klonsky, 2007; Young et al. 2007; Peterson et al., 2008). Auch „Sich selbst Spüren können“ wurde von unseren Probandinnen oft als Selbstverletzungsgrund genannt. Einige Arbeiten geben dissoziative Erfahrungen als weiteren wichtigen der Selbstverletzung zugrunde liegenden Aspekt an (Peterson et al., 2008; Nixon et al., 2002). Favazza (2006) beschreibt Selbstverletzung als eine krankhafte Form der Selbsthilfe, um unter anderem Depersonalisierung zu mindern.

Es werden in der Literatur neben internalen auch externale Gründe und ihre Bedeutung für die Chronifizierungsneigung des SVV angeführt (Herpertz & Saß, 1994). Interpersonelle Gründe, beispielsweise die Erregung von Aufmerksamkeit oder Verhaltensbeeinflussung anderer, standen in unserer Studie als Selbstverletzungsmotiv eher im Hintergrund. Auch gaben die meisten Probandinnen an, die Selbstverletzung nicht im Beisein anderer durchgeführt zu haben, wenngleich ein Großteil anderen Personen das SVV mitteilte. Zudem berichteten einige der Probandinnen unfreiwillig, aufgrund der nicht zu verbergenden Narben, von anderen Personen auf die Selbstverletzung angesprochen worden zu sein. Dies bestärkt die Annahme, dass die primäre Funktion des SVV nicht im interpersonellen Bereich liegt. Einige Studien aus der Allgemeinbevölkerung weisen ebenfalls darauf hin, dass Selbstverletzung nur selten ausgeführt wird, um Aufmerksamkeit oder Hilfe von anderen zu erhalten, sondern vorwiegend der Affektregulation dient (Klonsky, 2007; Young et al, 2007; Peterson et al., 2008).



### *Salutogene Perspektive*

Wenngleich Personen mit SVV bei der Selbstverletzung selbst definitionsgemäß keine suizidalen Absichten verfolgen, so gibt es Arbeiten, die zeigen, dass bei wiederholter Selbstverletzung, insbesondere in den nachfolgenden 6 Monaten, das Selbstmordrisiko ansteigt (Cooper et al., 2005; Greydanus & Shek, 2009; Zahl & Hawton, 2004). Dies ist einer der wichtigen Gründe, weshalb eine frühe und konsequente therapeutische Intervention notwendig ist. Selbstverletzung wird zudem, wie oben beschrieben, meist wiederholt angewandt und enthält ein hohes Chronifizierungspotential. In einer Multi-Center-Studie kamen Mc Auliffe et al. (2006) zu dem Ergebnis, dass mit der Wiederholung von SVV am häufigsten passive Vermeidung als Art der Problemlösung assoziiert ist. Allgemein wird in einigen anderen Arbeiten ein Mangel an adäquater Problemlösung bei selbstverletzenden Personen beschrieben (Herpertz et al., 1997; Townsend et al., 2001). Dies wurde auch im Rahmen unserer Studie bestätigt. Viele der Probandinnen gaben an, dass eine Bewältigung von negativen Gefühlszuständen durch andere Coping-Strategien zur Überwindung des Selbstverletzungsimpulses führen würde oder geführt habe. Beispielsweise berichteten einige der Frauen mit Essstörungen, durch Verhaltensänderung, wie etwa sportliche Betätigung beim Aufkommen negativer Gefühle, dem Selbstverletzungsimpuls widerstehen zu können. Andere sahen die Voraussetzung zur Unterlassung von SVV weniger konkret im Erreichen eines „normalen Gefühlsniveaus“. Neben Verhaltenskontrolle wird in der Literatur die Notwendigkeit der Entwicklung einer adäquaten Affektregulation diskutiert (Herpertz & Saß, 1997; Slee et al., 2008; Townsend et al., 2001). Dabei weisen Mühlenkamp et al. (2009) darauf hin, dass bei der Behandlung der Selbstverletzung sowohl negative als auch positive Gefühle berücksichtigt werden müssen. Die Autoren berichten von erhöhten negativen und verminderten positiven Affekten unmittelbar vor der Selbstverletzung, während danach zwar die positiven Affekte anstiegen, die negativen Affekte sich jedoch nicht signifikant änderten.

Als weiterer Grund für die Überwindung des Selbstverletzungsimpulses wurden von unseren Probandinnen eine vertraute Person, Freunde oder der Lebenspartner genannt. In einer populationsbezogenen Studie (Young et al. 2007) zeigte sich sogar noch häufiger als die Bewältigung von negativen Gefühlszuständen die Einsicht, dass andere durch die selbstverletzenden Verhaltensweisen verletzt werden. Unsere

Probandinnen gaben jedoch neben der Angst, andere durch das SVV zu verletzen, hauptsächlich die Unterstützung durch die entsprechende Bezugsperson an. Wichtig war den Frauen dabei, Akzeptanz zu erfahren, über Probleme sowie den Selbstverletzungsimpuls reden, jemandem vertrauen oder sich auf jemanden verlassen zu können. Die Assoziation von mangelhaften zwischenmenschlichen Beziehungen und SVV wurde in früheren Studien bereits beschrieben (Greydanus & Shek, 2009; Haw & Hawton, 2011; Lloyd-Richardson et al., 2007). Stabile und vertrauensvolle zwischenmenschliche Beziehungen stellen demnach einen wichtigen Faktor in der Affektbewältigung dar und müssen bei Patienten mit SVV neben der Entwicklung von speziellen Bewältigungsstrategien gezielt gefördert werden.

In der vorliegenden Studie suchten die Frauen mit SVV häufig Hilfe wegen der Selbstverletzung. Fast alle Probandinnen (93,3%) berichteten ihrem Therapeuten, viele auch einer anderen Person (80%) von dem SVV. Mehr als zwei Drittel (70%) begaben sich speziell wegen der Selbstverletzung in psychotherapeutische, etwa die Hälfte in medizinische Behandlung. Diese Ergebnisse sind zwar einerseits dadurch erklärbar, dass es sich in dieser Studie um Probandinnen einer klinischen Stichprobe handelt, die bereits langjährige Psychotherapie und mindestens einen stationären Aufenthalt in der Schön Klinik Roseneck erfahren haben. Andererseits stimmen unsere Daten annäherungsweise mit Befunden aus der Allgemeinbevölkerung überein. Hier liegt der Anteil der Probanden mit SVV, die wegen der Selbstverletzung Hilfe in Anspruch nahmen zwar niedriger bei etwa 50%, dabei wurde jedoch ebenfalls häufiger psychotherapeutische als medizinische Hilfe aufgesucht (Nixon et al., 2008; Whitlock et al., 2006). Zu einem gegenteiligen Ergebnis kamen Paul et al. (2002), in deren Studie Frauen mit Essstörungen mehr medizinische als psychologische Hilfe wegen der Selbstverletzung in Anspruch nahmen. Diese Befunde erscheinen allerdings weniger plausibel, da Selbstverletzung ohne suizidale Absicht zwar sichtbare, jedoch selten derart schwere körperliche Folgen mit sich bringt, dass medizinische Hilfe zwingend notwendig wird. Der psychische Leidensdruck derjenigen Personen, die als Coping-Strategie SVV anwenden, ist jedoch derart ausgeprägt, dass trotz auftretender Schuld- und Schamgefühle psychologische Hilfe in Anspruch genommen wird. Fast zwei Drittel (63,3%) bzw. die Hälfte der Probandinnen unserer Studie betrachteten Lifetime bzw. bei Katamnese die Selbstverletzung als Problem.

### 4.3 Vergleich der beiden Gruppen bei Katamnese

#### 4.3.1 Essstörungen

Hypothese 1: Haben Betroffene mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung mit SVV ausgeprägtere bulimische Symptome als Betroffene mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung ohne SVV?

Im Rahmen des Designs dieser Studie wurden Frauen mit Essstörungen mit SVV und Frauen mit Essstörungen ohne SVV nach den anorektischen und bulimischen Essstörungsdiagnosen zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme parallelisiert. In der Erhebung bei Katamnese zeigten die Frauen mit SVV für den Katamnesezeitraum (letzte 3 Monate) sowohl in der Fremd- als auch Selbstbeurteilung signifikant mehr bulimische Störungen. Da von Klinikaufnahme bis Katamnese die Anzahl der bulimischen Störungen in beiden Gruppen abnahm, spricht dieses Ergebnis für eine geringere Besserung der Symptomatik, weshalb bei den Frauen mit SVV in mehreren Fällen weiterhin die Kriterien für eine Essstörungsdiagnose zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung erfüllt wurden. Dieser Unterschied zeigte sich nur in den bulimischen Störungen, in die BN sowie NNB Typ 3 und 4 aufgenommen wurden, nicht jedoch in den anorektischen Störungen (AN, NNB Typ 1 und 2), wenngleich für letztere auch eine Abnahme in beiden Gruppen zu verzeichnen war. Einige Arbeiten aus der Literatur weisen auf mehr SVV bei Patienten mit bulimischen Störungen bzw. Essstörungen vom Binge-Eating/ Purging-Typus hin (Claes et al., 2001; Muehlenkamp et al., 2009; Paul et al., 2002; Peebles et al., 2011). Dabei gibt es jedoch unterschiedliche Befunde zu Ausprägung und Schweregrad der Essstörungssymptomatik bei Betroffenen mit Essstörungen mit und ohne SVV (Muehlenkamp et al., 2009; Paul et al., 2002; Peebles et al., 2011; Steiger et al., 2001). In unserer Studie konnten wir eine insgesamt signifikant stärkere Essstörungspathologie bei den Frauen mit SVV gegenüber den Frauen ohne SVV nachweisen. In den einzelnen Subskalen des SIAB zeigten sich im Experteninterview für beide Erhebungszeiträume mehr allgemeine Psychopathologie und mehr Probleme mit Sexualität, bei Katamnese stärkere Körperschemastörung sowie besonders ausgeprägt mehr gegensteuernde Maßnahmen. Diese Ergebnisse stimmen hinsichtlich der gegensteuernden Maßnahmen und Körperschemastörungen partiell mit einigen Arbeiten aus der Literatur überein.

Peebles et al. (2011) und Muehlenkamp et al. (2009) fanden bei Patienten mit Essstörungen und SVV mehr Purging-Symptomatik bzw. mehr Erbrechen, wenngleich sich bei Muehlenkamp et al. (2009) keine Unterschiede in der allgemeinen Essstörungspathologie zeigten. Paul et al. (2002) wiesen bei Patienten mit SVV eine stärkere Unzufriedenheit mit dem Körper als einen Aspekt der Körperschemastörung nach. Auch mittels der Selbstbeurteilungsverfahren zur Erhebung der Essstörungspathologie erhielten wir ähnliche Ergebnisse. Während im SIAB-S die Probandinnen mit SVV zu beiden Zeiträumen deutliche Unterschiede in gegensteuernden Maßnahmen und allgemeiner Psychopathologie sowie Lifetime mehr Probleme mit Sexualität und bei Katamnese stärkere Körperschemastörungen aufwiesen, zeigte sich analog dazu im EDI-2 für die Frauen mit SVV sowohl im Gesamtscore als auch den meisten Subskalen eine stärkere Ausprägung der Essstörungssymptomatik. Eine Ausnahme bildete das Ausmaß der Essattacken, das sich in unserer Untersuchung nicht signifikant unterschied. Zwar wiesen die Frauen mit SVV sowohl im EDI-2 in der Subskala „Bulimie“, das heißt der Ausprägung der Binge-Symptomatik, als auch in der Experten- und Selbstbeurteilung des SIAB für die Subskala „Bulimische Symptome“ höhere Werte auf, jedoch erreichte in keinem der Instrumente das Ergebnis statistische Signifikanz. Von ähnlichen Befunden berichten Steiger et al. (2001), die zwischen Frauen mit bulimischen Essstörungen mit und ohne SVV weder Unterschiede in der Binge-Symptomatik noch beim Erbrechen fanden. Allerdings enthielt diese Studie nur eine kleine Vergleichsgruppen-Fallzahl von 11 Frauen mit bulimischen Essstörungen ohne SVV. Demgegenüber konnten einige Autoren durchaus mehr Binge-Symptomatik bei Betroffenen mit Essstörungen und SVV nachweisen (Muehlenkamp et al., 2009; Peebles et al., 2011). Paul et al. (2002) fanden speziell im EDI-2 einen signifikant höheren Wert der Subskala „Bulimie“. Diese Befunde erscheinen plausibel, da die Binge-Symptomatik ein Maß für den Kontrollverlust im Essverhalten darstellt. Diesbezüglich stimmt auch das Ergebnis des FEV aus unserer Studie überein. Hier zeigte sich ein signifikant höheres Ausmaß an „Kognitiver Kontrolle“ bei den Frauen mit SVV. Eine starke Ausprägung der Skala „Kognitive Kontrolle“ bedeutet ein gezügeltes Essverhalten, das zur Entwicklung von Störungen im Essverhalten führen und als charakteristisches Verhaltenskorrelat mit Heißhunger oder stressbedingtem Essen einhergehen kann (Pudel & Westerhöfer, 1989). Letztere Befunde weisen auf

die Entstehung von Essattacken und somit auf einen intermittierenden Kontrollverlust im Essverhalten hin.

Zusammenfassend zeigte sich für die Frauen mit Essstörungen und SVV eine stärkere Ausprägung in vielen Bereichen der essstörungsspezifischen Psychopathologie, darunter auch denjenigen, die allen Essstörungen zu Grunde liegen (z.B. Körperschemastörung). Dies spricht für eine generell stärkere Essstörungspathologie bei Patientinnen aller Essstörungsdiagnosen mit SVV. Wenngleich unsere Befunde nicht in allen Instrumenten einheitlich eine signifikant stärkere Binge-Symptomatik der Frauen mit Essstörungen mit SVV zeigten, konnte bei den Probandinnen mit SVV ein höheres Maß an gegensteuernden Maßnahmen und somit Purging-Verhalten bestätigt werden. Dies korreliert mit einer stärkeren Essstörungssymptomatik bei Patienten mit bulimischen Störungen oder AN vom Purging-Typus. Die Hypothese konnte somit bestätigt werden. Betroffene mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung mit SVV zeigten in unserer Untersuchung ausgeprägtere bulimische Symptome als Betroffene mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung ohne SVV.

#### 4.3.2 Komorbidität und Persönlichkeit

Hypothese 2: Weisen Betroffene mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung mit SVV eine höhere Komorbidität von affektiven Störungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch und Zwangsstörungen sowie mehr Persönlichkeitsstörungen und Impulsivität auf als Betroffene mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung ohne SVV?

##### 4.3.2.1 Psychische Komorbidität

Mehrere Literaturarbeiten weisen auf erhöhte Komorbiditätsraten bei Personen mit SVV hin (Gladstone et al., 2004; Hintikka et al., 2009; Klonsky et al., 2003; Skegg, 2005), dabei reichen die Daten von 56% bis 92% (Haw et al., 2001; Olfson et al., 2005). Wir konnten in unserer Untersuchung speziell für Frauen mit Essstörungen und SVV eine noch höhere Komorbiditätsrate nachweisen. Bei 93,1 % der Frauen mit Essstörungen mit SVV wurde Lifetime, bei mehr als der Hälfte bei Katamnese eine Achse I – Störung diagnostiziert, damit lag für beide Zeiträume ein signifikanter Unterschied gegenüber den Frauen mit Essstörungen ohne SVV vor. Auch gaben die Frauen mit SVV allgemein einen höheren Grad an psychosozialer Beeinträchtigung

(Achse IV) sowie eine geringere globale Leistungsfähigkeit (Achse V) an als die Frauen ohne SVV.

Insbesondere Angststörungen waren bei den Probandinnen mit SVV zu beiden Zeiträumen signifikant häufiger zu verzeichnen. Bei Katamnese litt knapp die Hälfte der Frauen mit Essstörungen und SVV unter einer Angststörung, Lifetime waren es fast 90%. Dabei betraf der Unterschied bei Katamnese im Speziellen soziale und spezifische Phobie, für den Lifetime-Zeitraum Panikstörung, spezifische Phobie und vor allem posttraumatische Belastungsstörung. Unsere Ergebnisse stimmen mit einigen Arbeiten aus der Literatur überein, in denen bei Personen mit SVV aus klinischen Stichproben oder Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung häufiger eine Angststörung diagnostiziert (Hintikka et al., 2009; Skegg, 2005) oder mehr Ängstlichkeit beschrieben wurde (Stanley et al., 2001; Claes et al., 2001; Fliege et al., 2009). Detaillierte Untersuchungen zu Komorbiditätsdiagnosen von Angststörungen speziell bei Probanden mit Essstörungen und SVV finden sich kaum. Wie eingangs beschrieben (vgl. Kapitel 1.1.1.3), bestehen bei Patienten mit Essstörungen im Allgemeinen mehr Angststörungen als in der Allgemeinbevölkerung bzw. kann Ängstlichkeit der Entwicklung einer Essstörung vorausgehen (Swinbourne & Touyz, 2007). Aus den hier ermittelten hohen Angststörungsraten bei den Frauen mit Essstörungen und SVV lässt sich ableiten, dass Betroffene mit Essstörungen und SVV unter allen Betroffenen mit Essstörungen besonders ängstlich sind und möglicherweise die Essstörung alleine als Bewältigungsstrategie nicht ausreicht. In einer klinischen Stichprobe psychotherapeutischer Patientinnen wiesen Herpertz et al. (1998) ein stärkeres Affekterleben bei Probandinnen mit gegenüber ohne SVV sowohl in Bezug auf negative aber auch positive Affekte nach, wobei insbesondere ein intensiveres Angsterleben von den Frauen mit SVV angegeben wurde. Ebenfalls messen Klonsky et al. (2003) der Angst eine herausragende Rolle in der Psychopathologie von Personen mit SVV bei. Sie postulieren, dass Personen mit SVV mehr ängstlich als depressiv seien, da in ihrer populationsbezogenen Studie Probanden mit SVV positive Affekte in gleicher Weise hätten erfahren können wie Probanden ohne SVV und Depression im Gegensatz zu Angst positive Affekte abmindere. Die These belegen die Autoren dadurch, dass die Beziehung zwischen Selbstverletzung und Depression geringer ausfiel, nachdem der Effekt der Angst herausgerechnet wurde, umgekehrt jedoch die um den Depressionseffekt

kontrollierten Daten weiterhin eine ausgeprägte Korrelation zwischen Angst und Selbstverletzung zeigten. Diese Befunde konnten wir mit unseren Daten für das spezielle Kollektiv von Patientinnen mit Essstörungen bestätigen, da der Unterschied in den Angststörungen zwischen den Frauen mit und ohne SVV ausgeprägter war als bei den affektiven Störungen.

Affektive Störungen und im Speziellen Major Depression traten in unserer Studie bei den Probandinnen mit SVV zwar ebenfalls häufiger auf, der Unterschied war jedoch in beiden Fällen nur bei Katamnese signifikant (SKID-I). Auch in diesem Zusammenhang kann man, wie bei den Essstörungsdiagnosen, bis zur Nachuntersuchung eine geringere bzw. ausbleibende Besserung der Frauen mit SVV bezüglich affektiver Störungen annehmen. In der Literatur gibt es mehrere Daten zu häufigerem Auftreten von affektiven Störungen bei Probanden mit SVV gegenüber Probanden ohne SVV (Hintikka et al., 2009; Skegg, 2005). Im Speziellen wird bei Personen mit SVV eine stärkere Ausprägung sowie ein früherer Beginn von Major Depression beschrieben (Stanley et al., 2001; Gladstone et al., 2004). Neben den psychiatrischen Diagnosen einer affektiven Störung wird auch von mehr Depressivität sowohl bei Probanden mit als auch ohne Essstörungen mit SVV gegenüber Probanden ohne SVV berichtet (Klonsky et al., 2003; Claes et al., 2001). Diese Befunde konnten wir mit unseren Ergebnissen aus der Erhebung mittels BDI und SCL-90 bestätigen, indem sich bei beiden Instrumenten eine signifikant höhere Depressivität der Frauen mit SVV zeigte. Einige Arbeiten berichten davon, dass affektive Störungen die häufigsten Komorbiditätsdiagnosen bei Probanden mit SVV seien (Haw et al., 2001; Olfson & Gameroff et al., 2005; Skegg, 2005). Im Gegensatz dazu wurden in unserer Studie bei den Frauen mit SVV mehr Angststörungen als affektive Störungen sowohl Lifetime als auch bei Katamnese diagnostiziert. Dieses Ergebnis korreliert mit dem Befund, dass Anspannung in unserer Studie als häufigstes Selbstverletzungsmotiv angegeben wurde. Demnach kann die Anwendung von Selbstverletzung als vorwiegende Methode zur Anspannungs- und somit Angstreduktion erklärt werden (Klonsky et al., 2003).

Im Sinne der Angstreduktion kann auch der Missbrauch von psychotropen Substanzen interpretiert werden. In einigen Literaturarbeiten wird Substanzmissbrauch im Zusammenhang mit SVV genannt (Gladstone et al., 2004;

Peebles et al., 2011). Wir konnten bei den Frauen mit Essstörungen und SVV Lifetime mehr Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen und speziell mehr Drogenabhängigkeit nachweisen. Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit wurden zwar ebenfalls häufiger von den Probandinnen mit SVV angegeben, der Unterschied erreichte jedoch keine statistische Signifikanz. Speziell das Auftreten von erhöhtem Alkoholkonsum beschreiben Hintikka et al. (2009) bei einer Stichprobe Jugendlicher mit SVV. Die Autoren nennen zwei Gründe für Alkoholmissbrauch bei Personen mit SVV: Einerseits wirke Alkohol kurzfristig anxiolytisch, begünstige jedoch langfristig das Auftreten von Angst und Depressionen, wodurch es wiederum zur Anwendung von Selbstverletzung als Symptommelinderungsmaßnahme komme. Andererseits führe Alkohol im Allgemeinen zu impulsivem Verhalten und somit zu impulsiven Selbstverletzungshandlungen.

In unserer Studie ließen sich bei den Frauen mit Essstörungen und SVV zudem signifikant mehr Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (Y-BOCS) nachweisen als auch allgemein mehr Zwanghaftigkeit (SCL-90-R). Es wird beschrieben, dass Betroffene mit Essstörungen und SVV eine stärkere Ausprägung der Zwanghaftigkeit aufweisen als Betroffene mit Essstörungen ohne SVV (Davis & Karvinen, 2002; Paul et al., 2002). Herpertz und Saß (1994) sehen symptomatologische Ähnlichkeiten in Selbstverletzungsverhalten und Zwangsstörungen, indem durch Widerstehen des Drangs entweder zur Zwangshandlung oder zur Selbstverletzung steigende Anspannung erfahren und durch Ausführen der jeweiligen Handlung Erleichterung verspürt wird. Ein wesentlicher Unterschied bestehe jedoch darin, dass Selbstverletzungen im Unterschied zu Zwangshandlungen nur selten als sinnlos und sich unfreiwillig aufdrängend empfunden würden. Während dieselben Autoren (Herpertz & Saß, 1997) differenzieren zwischen Personen mit SVV mit geringer Kontrollfähigkeit und solchen mit einer Neigung zur Zwanghaftigkeit, die durch rigide Kontrolle kompensatorisch versuchen, das Andrängen bedrohlicher Handlungsimpulse zu bewältigen, kommen Davis und Karvinen (2002) zu dem Ergebnis, dass Impulsivität und Zwanghaftigkeit zwei voneinander unabhängige Dimensionen darstellen, die auch bei ein und demselben Individuum auftreten und Selbstverletzungsabsichten begünstigen können.



#### 4.3.2.2 *Persönlichkeit und Impulsivität*

Bei der Beurteilung der Persönlichkeitsstruktur anhand des TCI errechnete sich in der Temperamentdimension für die Frauen mit Essstörungen und SVV gegenüber den Frauen mit Essstörungen ohne SVV ein signifikant höherer Wert im Neugierverhalten. Ein hoher Punktwert im Neugierverhalten weist auf Impulsivität hin und wird bei Patienten mit BN nachgewiesen (Cassin et al., 2005; Cloninger et al., 1999). Wenngleich der Wert für das Neugierverhalten bei den Frauen ohne SVV im Vergleich zu Prozentrangwerten bei Normstichproben im niedrigen Bereich lag, ist er für die Frauen mit SVV als durchschnittlich einzuordnen. Dies bedeutet, dass sich mit den vorliegenden Daten für die Frauen mit Essstörungen mit SVV zwar kein erhöhtes Neugierverhalten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nachweisen ließ, doch wurde eine stärkere Impulsivitätsneigung gegenüber den Probandinnen ohne SVV bestätigt. In der Charakterdimension zeigten die Frauen mit SVV eine signifikant höhere Selbstlenkungsfähigkeit als die Frauen ohne SVV. Die Selbstlenkungsfähigkeit beinhaltet das Konzept des Selbst als autonomes Individuum, aus dem sich Gefühle unter anderem der Wirksamkeit und Führungsfähigkeit ableiten (Cloninger, C.R. et al, 1999). Dieses zunächst paradox wirkende Ergebnis ist jedoch dahingehend zu interpretieren, dass trotz signifikant höherer Werte der Frauen mit SVV beide Gruppen im Vergleich zu Prozentrangwerten bei Normstichproben sehr niedrige Werte aufwiesen. Wenn die Selbstlenkungsfähigkeit in diesem Zusammenhang besser als „Handlungsfähigkeit“ interpretiert wird, scheinen innerhalb dieses niedrigen Prozentrangbereichs die Probandinnen mit SVV mehr Handlungsfähigkeit zu zeigen, was sich unter anderem in der Ausführung von Selbstverletzungstaten ausdrückt. Personen mit einer insgesamt niedrigen Selbstlenkungsfähigkeit aber auch niedrigen Werten in der Charakterdimension Kooperativität werden häufig als unreife Personen oder solche mit einer Persönlichkeitsstörung charakterisiert (Cloninger et al, 1999). Beide Werte lagen bei all unseren Probandinnen im sehr niedrigen Bereich, wenngleich sich bei Kooperativität kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen zeigte.

In der Literatur wird die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Personen mit SVV etwa zwischen 45% und 90% angegeben (Haw, et al., 2001; Herpertz et al., 1997). Hinsichtlich dieser Daten stimmen unsere Ergebnisse überein, die bei 57,6%

der Patientinnen mit Essstörungen und SVV und somit signifikant häufiger als bei den Patientinnen mit Essstörungen ohne SVV mindestens eine Persönlichkeitsstörung zeigten. Der Unterschied in den Persönlichkeitsstörungen zwischen den Frauen mit und ohne SVV war im Speziellen bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung statistisch signifikant. Der Zusammenhang zwischen Borderline-Persönlichkeitsstörung und SVV wird in der Literatur auch speziell bei Personen mit Essstörungen, insbesondere mit BN, beschrieben (Fichter et al., 1994; Steiger et al., 2001; Muehlenkamp et al., 2009), stellen doch nach DSM IV (Saß et al., 1998) sowohl impulsives (inklusive essgestörtes) als auch selbstverletzendes Verhalten Diagnosekriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung dar. Dass SVV jedoch nicht nur ein Symptom der Borderline-Störung ist, zeigt sich darin, dass neben der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Personen mit SVV auch ganz unterschiedliche Persönlichkeitsstörungen (u.a. histrionische, antisoziale, dependente, ängstlich-vermeidende, anankastische und paranoide) diagnostiziert wurden (Favazza, 2006; Haw et al., 2001; Herpertz et al., 1997; Klonsky et al., 2003). In unserer Stichprobe konnten bei den Frauen mit SVV zwar zudem mehr selbstunsicher-vermeidende und depressive Persönlichkeitsstörungen erhoben werden, eine Signifikanz ergab sich dabei jedoch nicht. Klonsky et al. (2003) beschreiben trotz verschiedener Persönlichkeitskriterien für Personen mit SVV ein relativ einheitliches „Persönlichkeitsprofil“ mit intensiven Emotionen und erhöhter Sensibilität gegenüber zwischenmenschlicher Ablehnung. Herpertz et al. (1998) weisen ebenfalls auf ein intensiveres Affekterleben sowie eine besondere Sensibilität und Offenheit gegenüber Stimuli aus der Umwelt bei Patienten mit selbstschädigenden Verhaltensweisen hin.

Auch wenn Selbstverletzung von reinen Impulshandlungen abgegrenzt werden muss, da die Selbstverletzung oft nicht plötzlich oder unüberlegt erfolgt und häufig Stunden zwischen dem ersten Gedanken an die selbstschädigende Handlung und deren Durchführung liegen (vgl. oben, Herpertz & Saß, 1994), wurde in verschiedenen Studien eine erhöhte Impulsivität bei Personen mit SVV mit und ohne Essstörungen festgestellt (Claes et al., 2001; Herpertz et al., 1997; Paul et al., 2002). Auch in der vorliegenden Studie konnte eine erhöhte Impulsivität der Frauen mit Essstörungen und SVV mittels verschiedener Instrumente nachgewiesen werden. Es zeigte sich eine signifikant größere Bereitschaft zu Aggressivität sowohl in Form von

spontaner verbaler oder körperlicher Aggression gegenüber anderen als auch in Form von Selbstaggression bzw. Depressivität (FAF). Ausschlaggebend ist dabei, dass in unserer Studie speziell der Faktor „Selbstaggression“ nicht nur im Vergleich zu Normkollektiven sondern auch gegenüber den Frauen mit Essstörungen ohne SVV besonders deutlich erhöht war. Folglich ist anzunehmen, dass bei Patienten mit Essstörungen mit SVV aufgrund einer stärkeren Ausprägung selbstaggressiver Gedanken eine größere Tendenz zu autoaggressivem Verhalten vorliegt. Es wurde in der Literatur bereits beschrieben, dass Personen mit SVV Probleme damit haben, ihren Ärger auszudrücken und ihn somit in Form von Selbstverletzung nach innen richten (Herpertz et al., 1997).

Speziell Patienten mit Essstörungen, insbesondere mit BN, haben ein hohes Risiko für die Entwicklung von SVV (Herpertz & Saß, 1994). Dies ist möglicherweise dadurch erklärbar, dass Essstörungen und Impulskontrollstörungen wie teilweise auch SVV gemeinsame Eigenschaften wie beispielsweise die vorübergehende Reduktion von Anspannung durch das impulsive Verhalten aufweisen (Fichter et al., 1994). Die wenigen Untersuchungen zu Impulsivität und SVV im Zusammenhang mit Essstörungen beziehen sich vorwiegend auf bulimische Patientenkollektive. Während einerseits von nach außen gerichteter Impulsivität bei Patienten mit bulimischen Essstörungen und demgegenüber von SVV eher im Zusammenhang mit anderen Psychopathologien (z.B. Depression) berichtet wird (Penas-Lledó et al., 2002), weisen andere Arbeiten entweder auf keinen Unterschied (Steiger et al., 2001) oder eine erhöhte Impulsivität (Paul et al., 2002) bei Patienten mit bulimischen Essstörungen mit gegenüber ohne SVV hin. Im Rahmen dieser Studie wurde eine erhöhte Impulsivität für die Probandinnen mit Essstörungen mit SVV nachgewiesen. Neben den Ergebnissen des FAF (vgl. oben) zeigten sich in unserer Untersuchung für den Impulsivitätsfaktor „Aufmerksamkeit“ (BIS-11) sowie für „Zwanghaftes Einkaufen“ (DSM IV) weitere signifikante Unterschiede, die die Annahme höherer Impulsivität bei Frauen mit Essstörungen mit SVV gegenüber Frauen mit Essstörungen ohne SVV bestätigen.

Zusammenfassend wurden in der hier vorliegenden Studie bei den Betroffenen mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung mit SVV höhere Komorbiditätsraten festgestellt als bei den Betroffenen mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung ohne SVV. Dabei ließen sich Unterschiede in allen untersuchten Achse I – Störungen nachweisen. Der deutlichste Unterschied ergab sich für die Angststörungen und speziell die posttraumatische Belastungsstörung (Lifetime). Weiterhin wurden bei den Frauen mit SVV mehr affektive Störungen (im Speziellen Major Depression), mehr Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (speziell mehr Drogenabhängigkeit) sowie mehr Zwangsstörungen diagnostiziert. Auch auf Achse II waren mehr Persönlichkeitsstörungen bei den Frauen mit SVV zu verzeichnen, im Einzelnen war der Unterschied in der hier vorliegenden Untersuchung ausschließlich für die Borderline-Persönlichkeitsstörung signifikant. Ebenso wurde im Rahmen dieser Studie eine höhere Impulsivität bei den Betroffenen mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung mit SVV als bei den Betroffenen mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung ohne SVV nachgewiesen. Die Hypothese konnte somit in allen untersuchten Störungen bestätigt werden.

#### 4.3.3 Missbrauch

Hypothese 3: Ist die Missbrauchsrate bei Betroffenen mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung mit SVV höher als bei Betroffenen mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung ohne SVV?

Obwohl verschiedene Autoren zu dem Schluss kommen, dass traumatische Erfahrungen in der Kindheit SVV bedingen (Gladstone et al., 2004; Dohm et al., 2002; Peebles et al., 2011; Romans et al., 1995; van der Kolk et al., 1991; Yates, 2004), zeigten Klonsky & Moyer (2008) in einer Meta-Analyse, dass sexueller Missbrauch in der Kindheit nur wenig Einfluss auf die spätere Entwicklung von SVV hat, vor allem, wenn die Effekte um andere psychiatrische Risikofaktoren kontrolliert werden. Es scheint jedoch, dass die Korrelation zwischen sexuellem Missbrauch und SVV bei häufigerem und schwerwiegenderem Missbrauch zunimmt (Klonsky & Moyer, 2008; Romans, 1995). Auch in unserer Studie zeigte sich für die Patientinnen mit Essstörungen mit SVV, dass sexueller Missbrauch sowohl häufiger über viele Jahre hinweg verübt wurde als auch ein stärkeres Traumatisierungspotential

beinhaltete. Es handelte sich mehrfach um sexuelle Missbrauchsarten mit Körperkontakt oder Gewaltanwendung, was zur Folge hatte, dass die Frauen mit SVV sich aufgrund des Missbrauchs häufiger in ärztliche Behandlung begaben. Auch bei körperlicher Misshandlung spricht der größere Anteil von bleibenden körperlichen Schäden bei den Frauen mit SVV für schwerwiegendere Misshandlungsvorfälle. Ein weiterer Aspekt für ein stärkeres Traumatisierungspotential der Ereignisse besteht darin, dass bei Beginn des sexuellen Missbrauchs die Probandinnen mit SVV jünger waren und im Gegensatz zu den Frauen ohne SVV die Volljährigkeit meist noch nicht erreicht hatten.

Auch wenn, wie oben dargestellt, zwischen Missbrauch und SVV keine strenge Korrelation besteht, kann Missbrauch als Risikofaktor für die Ausprägung von SVV angesehen werden. Es wird in der Literatur von Personen mit SVV berichtet, die zu einem hohen Prozentsatz (50%-70%) sexuellen Missbrauch oder körperliche Misshandlung erfahren haben (Gladstone et al., 2004; Lane, 2002; Paul et al., 2002; Whitlock et al., 2006; Yaryura-Tobias et al., 1995). Mit diesen Daten stimmen unsere Ergebnisse überein, indem von den Frauen mit Essstörungen mit SVV 64% sexuellen Missbrauch und 55% körperliche Misshandlung erfahren (im Gegensatz zu jeweils 21% bei den Frauen mit Essstörungen ohne SVV). Diese Ergebnisse bekräftigen die Hypothese, dass Personen mit SVV eine höhere Rate an traumatischen Erfahrungen aufweisen, wenngleich daraus nicht der Umkehrschluss gezogen werden darf, dass Missbrauchsergebnisse mit später auftretendem SVV streng korrelieren. Letzteres ist vor allem dadurch bedingt, dass Missbrauchserfahrungen nicht notwendigerweise SVV sondern verschiedenartigste Bewältigungsstrategien nach sich ziehen können. Es ist beschrieben, dass Essstörungen, die eine dieser Bewältigungsstrategien darstellen, mit dem Auftreten von Missbrauchserfahrungen korrelieren (Chen et al., 2010). Über Missbrauchserfahrungen speziell bei Betroffenen mit Essstörungen und SVV finden sich in der Literatur nur wenig detaillierte Darstellungen. Die vorzufindenden Daten zeigen jedoch analog zu unseren Ergebnissen, dass eine höhere Missbrauchsrate bei Patienten mit SVV gegenüber Patienten ohne SVV in gleicher Weise auf Kollektive mit und ohne zusätzliche Essstörungssymptomatik zutreffen (Gladstone et al., 2004; Paul et al. 2002; Peebles et al., 2011).

Wenngleich in unserer Untersuchung zu berücksichtigen ist, dass eine Berechnung von Signifikanztests aufgrund der Fallzahl nicht sinnvoll erschien, weisen unsere Befunde darauf hin, dass Betroffene mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung mit SVV eine höhere Missbrauchsrate als Betroffene mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung ohne SVV aufweisen. Ausschlaggebend ist dabei, dass der jeweilige Vorfall bei den Probandinnen mit SVV mehr Traumatisierungspotential enthielt. Somit lässt sich vor allem der Schweregrad eines traumatischen Ereignisses für die Ausprägung von SVV als Bewältigungsstrategie heranziehen.

#### 4.3.4 Zusätzliche Behandlung

Hypothese 4: Nehmen Betroffene mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung mit SVV mehr bzw. häufiger medizinische und vor allem psychotherapeutische Behandlung in Anspruch als Betroffene mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung ohne SVV?

Es wird beschrieben, dass SVV, vor allem wenn es wiederholt angewandt wird, bei Patienten mit und ohne Essstörungen mit einer schlechteren Langzeitprognose, mehr Behandlungsbedarf und häufigeren stationären Aufenthalten einhergeht (Ramsay et al., 1999; Sinclair et al., 2011; Hawton et al., 2006). In unserer Studie wurden die Frauen mit Essstörungen und SVV häufiger ambulant vom Hausarzt oder Psychotherapeuten sowie stationär in einer somatischen oder psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Klinik behandelt. Dabei zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Anzahl der stationären Aufenthalte aller Behandlungsarten. Allgemein spricht die Notwendigkeit einer stationären Behandlung für einen intensiveren Therapiebedarf oder einen überwachungsbedürftigen Zustand des Patienten. Ein besonders deutlicher Unterschied ergab sich zwischen den beiden Gruppen für den Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik. Die häufigere Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Therapie kann zum einen dadurch erklärt werden, dass Personen mit SVV aufgrund der stärker ausgeprägten Psychopathologie einen höheren Therapiebedarf haben. Andererseits scheinen sich Patienten mit SVV auch weniger auf die Therapie einzulassen, was zu ausbleibendem Therapieerfolg führt und nachfolgende Behandlungen notwendig macht (Coker et al., 1993; Ramsay et al., 1999). Insgesamt

ist das Langzeit-Ergebnis der bisherigen Therapiekonzepte für Patienten mit SVV nicht zufriedenstellend (Ramsay et al., 1999; Crawford et al., 2007). Es gibt verschiedenartige Ansätze zusätzlicher Therapieverfahren speziell für Patienten mit SVV, die größtenteils verhaltenstherapeutisch ausgerichtet sind. Die Schwierigkeit eines allgemein empfohlenen Therapiekonzeptes scheint vor allem im individuellen Therapiebedarf der einzelnen Patienten zu liegen (Skegg, 2005). Eine Möglichkeit, der speziellen Situation der Patienten gerecht zu werden, besteht in der Entwicklung von Therapien für spezifische Untergruppen. Ein Beispiel hierfür ist die für Patienten mit Borderline-Störung entwickelte Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Linehan. Sie verzeichnet auch speziell bei Patienten mit Essstörungen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und SVV kurz- bis mittelfristige Erfolge bezüglich des Wiederholungsrisikos (Chen et al., 2008; Verheul et al., 2003). Zur Beurteilung des Langzeitverlaufes bedarf es jedoch noch weiterführender Untersuchungen.

In der vorliegenden Studie konnte demnach die Hypothese bestätigt werden, dass Betroffene mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung mit SVV nach der Entlassung aus der stationären Behandlung in der Schön Klinik Roseneck mehr und häufiger medizinische und vor allem psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nahmen als Betroffene mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung ohne SVV. Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede bei der stationären Behandlung. Dieses Ergebnis macht die Notwendigkeit von speziellen therapeutischen Ansätzen und einer intensiveren Therapie bei Patienten mit Essstörungen und SVV deutlich. Auch zeigt sich durch die häufigere Inanspruchnahme von stationärer Behandlung, dass die bisherigen ambulanten Therapiekonzepte für dieses Patientenkollektiv nicht auszureichen scheinen. Wie beschrieben, reagieren Patienten mit SVV besonders sensibel auf ihre Umwelt und auf zwischenmenschliche Ablehnung (vgl. Kapitel 4.3.2.2; Herpertz et al., 1998; Klonsky et al., 2003). Aus diesem Grund stellt auch der Aufbau von sozialen Kontakten und stabilen zwischenmenschlichen Beziehungen in besonderem Maße für Patienten mit SVV einen wichtigen Aspekt in der ambulanten Betreuung dar (vgl. Kapitel 4.2; Greydanus & Shek, 2009; Lloyd-Richardson et al., 2007).

#### 4.4 Verlauf

Einige Arbeiten weisen auf einen schlechteren Verlauf und eine ungünstigere Langzeitprognose bei Personen mit SVV hin (Hawton et al., 2006; Skegg, 2005). Im Rahmen dieser Studie konnten wir speziell für Patientinnen mit Essstörungen und SVV einen ungünstigeren Verlauf gegenüber der Vergleichsgruppe aus Frauen mit Essstörungen ohne SVV sowohl bezüglich der Essstörungssymptomatik als auch bezüglich komorbider Störungen nachweisen. Bei beiden Probandengruppen war im Verlauf von Aufnahme- bis Katamnesezeitpunkt eine Zunahme des BMI ohne signifikanten Unterschied zu verzeichnen. Die Verlaufsanalyse der Essstörungspathologie zeigte jedoch in verschiedenen essstörungsassoziierten Bereichen einen signifikant günstigeren Verlauf für die Frauen ohne SVV. Sie wiesen eine stärkere Verbesserung von „Allgemeiner Psychopathologie“ und „Körperschemastörung“ (SIAB-S) sowie „Unzufriedenheit mit dem Körper“, „Asketismus“ (EDI-2) und „Kognitiver Kontrolle“ (FAF) auf. In den Skalen „Perfektionismus“ und „Impulsregulation“ (EDI-2) errechnete sich für die Frauen mit SVV im Gegensatz zu den Frauen ohne SVV sogar im Verlauf eine Verschlechterung, ohne dass dabei jedoch ein signifikanter Gruppenunterschied zu verzeichnen war. Bezüglich der Komorbidität ergab sich für die Frauen mit Essstörungen ohne SVV ein signifikant besserer Verlauf bei Depressivität (BDI), aber auch bei der Anzahl der berichteten belastenden Symptome (SCL-90 R).

Ein schlechterer Verlauf und eine ungünstigere Langzeitprognose von Patienten mit Essstörungen mit gegenüber ohne SVV ist unter anderem darauf zurück zu führen, dass, wie unsere Befunde betätigen, SVV bei Betroffenen mit Essstörungen einen Indikator für den Schweregrad der Psychopathologie darstellen kann (Bachetzky, 2009; Claes et al., 2001). Dabei bedingen verschiedene Komorbiditätsdiagnosen zusätzlich ein schlechteres Therapieergebnis, beispielsweise wurde dies für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beschrieben (Sansone & Sansone, 2005). Allgemein wurde für Personen mit SVV in klinischen Stichproben ein erhöhtes Mortalitätsrisiko einerseits aufgrund von Suizid (vgl. Kapitel 4.2), andererseits aufgrund diverser weiterer Ursachen wie physischer Erkrankungen oder Unfälle nachgewiesen (Hawton et al., 2006; Skegg, 2005). Inwiefern letzteres in einem stärkeren Risikoverhalten der Personen mit SVV begründet ist, ist bislang noch unklar.



## 5 Zusammenfassung und Ausblick

SVV bei Betroffenen mit Essstörungen ist schon lange bekannt und bei etwa einem Viertel bis der Hälfte dieser Patienten zu diagnostizieren. Trotzdem finden sich in der Literatur nur wenige detaillierte Arbeiten zu diesem Thema. Das Ziel der vorliegenden Studie bestand darin, Unterschiede in Essstörungspathologie, Komorbidität und Persönlichkeit, Erfahrung traumatischer Lebensereignisse sowie dem medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zwischen Frauen mit Essstörungen mit und ohne SVV zu analysieren. Hierfür wurden 61 ehemals stationär in der Schön Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee behandelte Patientinnen mit Essstörungen (33 Frauen mit SVV und 28 Frauen ohne SVV) mit einem Katamneseintervall von durchschnittlich 3,5 Jahren nachuntersucht. Bei beiden Probandengruppen erfolgte die Datenerhebung anhand der Befragung mittels identischer Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumente. Für die Erfassung des SVV bei Essstörungen wurde im Rahmen der Arbeitsgruppe ein spezielles Inventar entwickelt, da die bestehenden Instrumente für die Bearbeitung dieses Themas unzureichend waren.

Im Zusammenhang mit der Selbstverletzung wurden im Rahmen dieser Studie einige Ergebnisse aus vorangegangenen Arbeiten zu Personen mit SVV sowohl mit als auch ohne Essstörungen bezüglich Selbstverletzungsart, Körperregion, Schweregrad, Häufigkeit und Beginn der Selbstverletzung bestätigt. Die Probandinnen unserer Untersuchungsgruppe gaben „Ritzen oder Schneiden mit einem scharfen Gegenstand“ als häufigste Selbstverletzungsart Lifetime sowie als häufigste Selbstverletzungsart der erstmaligen Selbstverletzung an und maßen dieser Methode auch die größte persönliche Bedeutung bei. Vorwiegend wurde die Selbstverletzung an den Unterarmen ausgeführt, dabei fügten sich die meisten Probandinnen deutliche Wunden zu, so dass es zu Blutungen und in der Folge Narbenbildung kam. Fast drei Viertel der Patientinnen mit SVV verletzte sich Lifetime mehr als einmal pro Monat, über ein Drittel mehrmals pro Woche. Meist begann das SVV in der Pubertät, dabei konnten sich viele der Probandinnen an kein bestimmtes auslösendes Ereignis für die erstmalige Selbstverletzung erinnern, jeweils 13% nannten Missbrauchserfahrungen oder die Trennung der Eltern bzw. den Verlust einer nahestehenden Person. Der Beginn des SVV wurde in dieser Studie von den meisten Probandinnen etwa zeitgleich (+/- ein Jahr) mit dem Beginn der Essstörung

eingeordnet. Ein bislang kaum in Studien erfasstes Phänomen ist ein der Selbstverletzungsausführung zugrunde liegendes Muster. Viele unserer Probandinnen gaben an, ein solches sich wiederholendes Muster in der Durchführung ihrer Selbstverletzung zu erkennen. Das Motiv für die Selbstverletzung lag in dieser Studie vorwiegend in der Bewältigung von Gefühlszuständen wie Anspannung oder Selbsthass, während interpersonelle Ursachen eher im Hintergrund standen. Als salutogene Perspektive sahen die Frauen mit SVV einerseits die Bewältigung der negativen Gefühlszustände durch andere Problemlösungsstrategien, andererseits die Unterstützung durch eine nahestehende Person. Fast alle Probandinnen berichteten ihrem Therapeuten von dem SVV, mehr als zwei Drittel begaben sich speziell wegen der Selbstverletzung in psychotherapeutische, etwa die Hälfte in medizinische Behandlung.

Beim Vergleich der beiden Probandengruppen wurde in der hier durchgeführten Untersuchung eine stärkere Psychopathologie der Frauen mit Essstörungen mit SVV gegenüber den Frauen mit Essstörungen ohne SVV aufgezeigt. Da die Probandinnen nach den Essstörungsdiagnosen bei Klinikaufnahme parallelisiert wurden, zeigte sich zu diesem Zeitpunkt kein signifikanter Unterschied in der Anzahl anorektischer oder bulimischer Störungen. Bei Katamnese wiesen mehr Frauen mit SVV eine bulimische Störung auf, wobei in beiden Gruppen die Anzahl der bulimischen Essstörungsdiagnosen von Aufnahme bis Katamnese rückläufig war. Dies spricht für eine geringere bzw. ausbleibende Besserung der Essstörungssymptomatik bei den Probandinnen mit SVV. Analog dazu ergab sich für die Frauen mit SVV sowohl Lifetime, vor allem aber auch bei Katamnese eine stärkere Ausprägung in der essstörungsspezifischen Psychopathologie anhand verschiedener Instrumente der Selbst- und Fremdbeurteilung. Dabei zeigte sich neben einem höheren Maß an Purging-Verhalten auch eine stärkere Ausprägung in vielen weiteren Essstörungspathologien, wie beispielsweise der Körperschemastörung, die für alle Essstörungsdiagnosen charakteristisch sind. Zudem ließ sich in der Verlaufsanalyse ein günstigerer Verlauf der essstörungsspezifischen Psychopathologie bei den Frauen ohne SVV nachweisen.

Eine Reihe von Arbeiten aus der Literatur beschreibt ein häufigeres Auftreten von komorbiden Störungen bei Personen mit SVV, wobei nur wenige Daten speziell zu

Patienten mit Essstörungen vorliegen. Wir konnten im Rahmen dieser Studie eine erhöhte Komorbidität bei Frauen mit SVV aus einem klinischen Kollektiv von Patienten mit Essstörungen bestätigen. Über 90% der Frauen mit SVV wiesen über den Lifetime-Zeitraum und noch fast 60% bei Katamnese eine Achse I – Störung auf. Affektive Störungen und im Speziellen Major Depression sowie mehr Depressivität wurden bei den Frauen mit SVV bei Katamnese häufiger erhoben, Lifetime zeigten sich diesbezüglich jedoch keine signifikanten Unterschiede. Anhand der Verlaufsanalyse konnte eine stärkere Besserung der depressiven Symptomatik bei den Frauen ohne SVV von Aufnahme bis Katamnese bestätigt werden. Deutlicher als bei den affektiven Störungen zeigte sich der Unterschied zwischen den beiden Gruppen in den Angststörungen, hier errechnete sich für beide Zeiträume eine ausgeprägte Signifikanz. Bei Katamnese ließ sich ein Unterschied in sozialer und spezifischer Phobie, für den Lifetime-Zeitraum in Panikstörung, spezifischer Phobie und vor allem posttraumatischer Belastungsstörung nachweisen. Aufgrund dieser Daten sowie des am häufigsten genannten Selbstverletzungsmotivs „Anspannung“ kann die Anwendung von Selbstverletzung insbesondere als Methode zur Anspannungs- und somit Angstreduktion angesehen werden. Durch den Effekt der Anxiolyse lassen sich auch Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen erklären, die für die Frauen mit SVV Lifetime ebenfalls häufiger diagnostiziert wurden. Mit unseren Ergebnissen konnten wir die Befunde einiger Arbeiten bestätigen, die ebenfalls auf die herausragende Rolle der Angst bei Personen mit SVV hinweisen.

Weiterhin wurden im Rahmen dieser Studie bei den Frauen mit Essstörungen und SVV mehr Zwangsgedanken, Zwangshandlungen sowie allgemein mehr Zwanghaftigkeit erhoben. Demgegenüber ließen sich bei dieser Probandengruppe auch eine erhöhte Impulsivität sowie eine größere Bereitschaft zu Aggressivität nachweisen. Letztere zeigte sich sowohl in Form von spontaner, das heißt verbaler oder körperlicher Aggression gegenüber anderen, als auch in Form von Selbstaggression bzw. Depressivität. Dabei war der Faktor „Selbstaggression“ nicht nur im Vergleich zu Normkollektiven erhöht sondern zeigte auch gegenüber dem Wert der Frauen mit Essstörungen ohne SVV eine besonders ausgeprägte Signifikanz. Stärkere selbstaggressive Gedanken scheinen somit auch zu einer stärkeren Handlungstendenz in Form von autoaggressivem Verhalten zu führen.

Weiterhin wurde bei den Patientinnen mit SVV signifikant häufiger mindestens eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, im Speziellen erreichte ausschließlich der Unterschied in der Borderline-Persönlichkeitsstörung statistische Signifikanz.

Die Probandinnen mit Essstörungen und SVV bestätigten in dieser Untersuchung häufiger als die Vergleichsgruppe die Erfahrung traumatischer Lebensereignisse. 64% der Frauen mit SVV erlitten sexuellen Missbrauch, 55% körperliche Misshandlung. Ausschlaggebend dabei ist, dass es sich bei dieser Probandengruppe um Ereignisse mit mehr Traumatisierungspotential handelte, im Speziellen sexuelle Missbrauchsarten mit Körperkontakt oder Gewaltanwendung, Minderjährigkeit bei Beginn des Missbrauchs oder bleibende physische Schäden aufgrund der körperlichen Misshandlung. Der Schweregrad von traumatischen Erfahrungen wird in der Literatur mehr noch als das Auftreten selbst im Zusammenhang mit SVV gesehen. Auch unsere Befunde weisen darauf hin, dass schwerwiegende traumatische Ereignisse bei Betroffenen mit Essstörungen einen Risikofaktor für die Ausprägung von SVV als zusätzliche Bewältigungsstrategie darstellen.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass Frauen mit Essstörungen und SVV gegenüber Frauen mit Essstörungen ohne SVV eine stärkere Ausprägung in der essstörungsspezifischen Psychopathologie, mehr Komorbiditätsdiagnosen und Persönlichkeitsstörungen sowie häufigere und schwerwiegendere Erfahrung traumatischer Lebensereignisse aufweisen. SVV kann somit bei Betroffenen mit Essstörungen als Indikator für den Schweregrad der Psychopathologie angesehen werden. Dies erklärt möglicherweise, warum die Probandinnen mit Essstörungen und SVV nach ihrer Entlassung mehr medizinische und psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nahmen als die Vergleichsgruppe. Dass es sich bei den signifikanten Unterschieden um stationäre Behandlungsformen handelte, spricht für einen besonders intensiven Therapiebedarf der Patientinnen mit SVV. Dementsprechend war auch der größte Unterschied zwischen den beiden Gruppen beim Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik zu verzeichnen.

Die Entwicklung eines einheitlichen Therapiekonzepts für alle Personen mit SVV stellt aufgrund der Heterogenität dieses Patientenkollektivs eine Schwierigkeit dar. Angesichts des individuellen Behandlungsbedarfes scheint die Ausrichtung von

Therapien auf spezifische Untergruppen sinnvoll, wie bereits mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie nach Linehan gezeigt werden konnte. Das auf Patienten mit Borderline-Störung ausgerichtete Therapiekonzept führte auch speziell bei Patienten mit Essstörungen und SVV zu Erfolgen. Daraus wird deutlich, dass die Berücksichtigung unterschiedlicher Komorbiditätsdiagnosen bei Betroffenen mit Essstörungen und SVV einen entscheidenden Beitrag zu Verständnis und Entwicklung spezieller Therapiekonzepte leistet. Diesbezüglich sind weiterführende Studien anzustreben, die die Ausprägung der Psychopathologie von Patienten mit Essstörungen und SVV unter dem Einfluss der jeweiligen Komorbiditätsdiagnose untersuchen. Ebenfalls wünschenswert wäre eine genaue Erfassung der Psychopathologie im Rahmen der speziellen Essstörungsdiagnosen, sodass Unterschiede auch für einzelne Untergruppen verdeutlicht werden können. Da die Prävalenz einiger Essstörungen, beispielsweise aus dem Bereich der Essstörung NNB, sehr niedrig ist, sind für diese Erkenntnisse Multi-Center-Studien mit hohen Fallzahlen anzustreben. Dies auch, um bei weiteren seltenen Aspekten wie der Erfahrung traumatischer Lebensereignisse zu statistisch signifikanten Aussagen zu gelangen.

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1	Alter und Gewicht von Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Aufnahme .....	23
Tabelle 2	Verteilung der soziodemographischen Merkmale bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Aufnahme .....	24
Tabelle 3	Verteilung der soziodemographischen Daten bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese .....	25
Tabelle 4	Verteilung von subjektiver Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes und der Gewichtsprobleme seit Entlassung aus der Schön Klinik Roseneck bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese .....	26
Tabelle 5	Summenwerte von Interviewintervall (Aufnahme bis Katamnese) und Behandlungsdauer in der Schön Klinik Roseneck bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese .....	27
Tabelle 6	Verteilung der Essstörungsdiagnosen (SIAB-S; DSM IV) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten bei Aufnahme, erfasst bei Aufnahme .....	27
Tabelle 7	Verteilung der Essstörungsdiagnosen (SIAB-S; DSM IV) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten Lifetime, erfasst bei Aufnahme .....	28
Tabelle 8	Selbstverletzungsarten im Selbstverletzungsinterview bei Frauen mit selbstverletzendem Verhalten bei Katamnese (letzte 4 Wochen) und Lifetime, erfasst bei Katamnese .....	30
Tabelle 9	Die drei wesentlichen Selbstverletzungsarten über den Lifetime- und Katamnesezeitraum (ab dem 10. Lebensjahr, inklusive der letzten 4 Wochen), erfasst bei Katamnese .....	32
Tabelle 10	Selbstverletzungscharakteristika der drei wesentlichen Selbstverletzungsarten Lifetime und bei Katamnese (letzte 4 Wochen), erfasst bei Katamnese .....	34
Tabelle 11	Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Selbstverletzung bei Frauen mit selbstverletzendem Verhalten Lifetime und bei Katamnese (letzte 4 Wochen), erfasst bei Katamnese .....	37
Tabelle 12	Verteilung der Charakteristika der ersten Selbstverletzung bei Frauen mit selbstverletzendem Verhalten, erfasst bei Katamnese .....	38
Tabelle 13	Zeitliche Verteilung und salutogene Perspektive der Selbstverletzung bei Frauen mit selbstverletzendem Verhalten, erfasst bei Katamnese .....	39
Tabelle 14	Verteilung der Essstörungsdiagnosen (SIAB-EX; DSM IV) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten bei Katamnese, erfasst bei Katamnese .....	41
Tabelle 15	Verteilung der Essstörungsdiagnosen (SIAB-EX; DSM IV) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten Lifetime, erfasst bei Katamnese .....	41
Tabelle 16	Verteilung der Essstörungsdiagnosen (SIAB-S; DSM IV) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten bei Katamnese, erfasst bei Katamnese .....	42
Tabelle 17	Verteilung der Essstörungsdiagnosen (SIAB-S; DSM IV) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten Lifetime, erfasst bei Katamnese .....	42

Tabelle 18	Summenwerte des Experteninterviews im Strukturierten Inventar für Anorektische und Bulimische Eßstörungen (SIAB-EX) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese.....	43
Tabelle 19	Summenwerte des Selbstbeurteilungsverfahrens im Strukturierten Inventar für Anorektische und Bulimische Eßstörungen (SIAB-S) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese.....	45
Tabelle 20	Summenwerte des Eating Disorder Inventory (EDI-2) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten bei Katamnese, erfasst bei Katamnese.....	46
Tabelle 21	Summenwerte des Fragebogens zum Essverhalten (FEV) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten bei Katamnese, erfasst bei Katamnese.....	46
Tabelle 22	Verteilung der Komorbiditätsdiagnosen (DSM IV – Achse I) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten bei Katamnese (letzte 4 Wochen) – Experteninterview (SKID I), erfasst bei Katamnese.....	48
Tabelle 23	Verteilung der Komorbiditätsdiagnosen (DSM IV – Achse I) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten Lifetime (Maximum bis 4 Wochen vor Interview) – Experteninterview (SKID I), erfasst bei Katamnese.....	49
Tabelle 24	Summenwerte der Psychosozialen Beeinträchtigung (DSM IV – Achse IV) und der Globalen Beurteilung der Leistungsfähigkeit (DSM IV – Achse V) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese.....	52
Tabelle 25	Summenwert des Beck-Depressions-Inventars (BDI) und Werte der Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten bei Katamnese, erfasst bei Katamnese.....	52
Tabelle 26	Summenwerte der Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese .....	53
Tabelle 27	Summenwerte des Temperament and Character Inventory (TCI) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese .....	53
Tabelle 28	Verteilung der Persönlichkeitsstörungsdiagnosen (DSM IV – Achse II; SIKD II) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese .....	54
Tabelle 29	Summenwert der Persönlichkeitsstörungen (DSM IV - Achse II) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese .....	54
Tabelle 30	Verteilung der Diagnosen der Impulskontrollstörung (DSM IV – in Anlehnung an SKID) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten bei Katmanese (letzte 4 Wochen) und Lifetime (bis 4 Wochen vor Interview), erfasst bei Katamnese ....	55
Tabelle 31	Summenwerte der Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese.....	56
Tabelle 32	Summenwerte des Fragebogens zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese .....	56
Tabelle 33	Summenwerte der Inanspruchnahme medizinischer und psychotherapeutischer Behandlung seit Entlassung bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese .....	59

Tabelle 34	Verteilung der stationären Aufenthalte seit Entlassung bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese.....	59
Tabelle 35	Varianzanalyse von Body Mass Index und Selbstbeurteilungsverfahren des Strukturierten Inventars für Anorektische und Bulimische Essstörungen (SIAB-S) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Aufnahme und Katamnese.....	61
Tabelle 36	Varianzanalyse von Eating Disorder Inventory (EDI-2) und Fragebogen zum Essverhalten (FEV) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Aufnahme und Katamnese .....	62
Tabelle 37	Varianzanalysen von Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R) und Beck-Depressions-Inventar (BDI) bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Aufnahme und Katamnese .....	65



## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1	Gesamt-Summenwerte des SIAB .....	44
Abbildung 2	Komorbidität nach DSM IV – Achse I (SKID I) - Lifetime .....	51
Abbildung 3	Komorbidität nach DSM IV – Achse I (SKID I) – bei Katamnese .....	51
Abbildung 4	Verlauf „Allgemeine Psychopathologie“ (SIAB-S) .....	64
Abbildung 5	Verlauf „Körperbild“ (SIAB-S) .....	64
Abbildung 6	Verlauf Gesamtscore EDI-2 .....	64
Abbildung 7	Verlauf „Kognitive Kontrolle“ (FEV) .....	64
Abbildung 8	Verlauf PST (SCL-90-R) .....	66
Abbildung 9	Verlauf Gesamtscore BDI .....	66

## **Literaturverzeichnis**

- Altman, S.E. & Shankman, S.A. (2009): What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders? *Clinical psychology review*, 29 (7): 638-646.
- Bachetzky, N.: Selbstverletzendes Verhalten bei Essstörungen – psychologische und genetische Faktoren. Dissertation, Marburg 2009.
- Brewerton, T.D. (2007): Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on PTSD. *Eating disorders*, 15 (4): 285-304.
- Büttner-Westphal, H. & Hand, I. (Autorisierte deutsche Übersetzung und Bearbeitung); Goodman, W.K. et al. (1991): Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) (1986, überarbeitete Fassung 1989). *Verhaltenstherapie*, 1: 226-223.
- Cassin, S.E. & von Ranson, K.M. (2005): Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychology Review*. 25 (7): 895-916.
- Chen, E.Y. et al. (2008): Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *International Journal of Eating disorders*. 41 (6): 505-512.
- Chen, L.P. et al. (2010): Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc*. 85 (7): 618-629.
- Claes, L., Vandereycken, W. & Vertommen, H. (2001): Self-injurious behaviours in eating-disordered patients. *Eating Behaviors*, 2 (3): 263-272.
- Claes, L. et al. (2006): Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. *Eating Behaviors*, 7 (3): 196-203.
- Claes, L. et al. (2010): The affect-regulation function of nonsuicidal self injury in eating-disordered patients: which affect states are regulated? *Compr. Psychiatry*, 51 (4): 386-392.
- Cloninger, C.R., Svrakic D.M. & Przybeck T.R. (1993): A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Archives of General Psychiatry*, 50: 975-990.
- Cloninger, C.R. et al.: Das Temperament- und Charakter-Inventar (TCI). Ein Leitfaden über seine Entwicklung und Anwendung. Manual. (J. Richter, M. Eisemann, G. Richter & C.R. Cloninger, Trans.). Frankfurt: Swets und Zeitlinger, 1999.

- Coker, S. et al. (1993): Patients with Bulimia Nervosa Who Fail to Engage in Cognitive Behavior Therapy. *International Journal of Eating disorders*, 13(1): 35-40.
- Cooper, J. et al. (2005): Suicide After Deliberate Self-Harm: A 4-Year Cohort Study. *The American Journal of Psychiatry*, 162: 297-303.
- Costello, C. G.: Personality Characteristics of the Personality Disordered, New York: John Wiley & Sons, 1995.
- Crawford, M.J. et al., (2007): Psychosocial interventions following self-harm. Systematic review of their efficacy in preventing suicide. *International British Journal of Psychiatry*, 190: 11-17. – S. 102
- Currin, L. et al. (2005): Time trends in eating disorder incidence. *British Journal of Psychiatry*, 186: 132-135.
- Davis, C. & Karvinen, K. (2002): Personality characteristics and intention to self-harm: a study of eating disordered patients. *Eating Disorders*, 10 (3): 245-255.
- Dohm, F.A. et al. (2002): Self-Harm and Substance Use in a Community Sample of Black and White Women with Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa. *The International Journal of eating disorders*, 32 (4): 389-400.
- Favazza, A. R. (1998): The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186: 259-286.
- Favazza, A.R. (2006): Self-injurious Behavior in College Students, *Pediatrics*, 117: 2283-2284.
- Fernández-Aranda, F. et al. (2008): Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Research*, 157 (1-3): 147-157.
- Fichter, M. & Quadflieg, N.: Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Eßstörungen (SIAB), Göttingen: Hogrefe, 1999.
- Fichter, M. & Quadflieg, N. (2001): Das Strukturierte Interview für Anorektische und Bulimische Ess-Störungen nach DSM-IV und ICD-10 zur Expertenbeurteilung (SIAB-EX) und dazugehöriger Fragebogen zur Selbsteinschätzung (SIAB-S). *Verhaltenstherapie*, 11 (4): 314-325.
- Fichter, M.M., Quadflieg, N. & Rief, W. (1994): Course of multi-impulsive bulimia. *Psychological Medicine*, 24: 591-604.

- Fliege, H. et al. (2009): Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66 (6): 477-493.
- Franke, G.: SCL-90-R - Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version, Göttingen: Beltz, 1995.
- Fydrich, T. et al.: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV – Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II), Göttingen: Hogrefe, 1997.
- Garner, D.M.: EDI-2 - Eating Disorder Inventory-2 - Professional Manual, Odessa: Psychological Assessment Resources, 1991.
- Gladstone, G.L. et al. (2004): Implications of Childhood Trauma for Depressed Women: An Analysis of Pathways From Childhood Sexual Abuse to Deliberate Self-Harm and Revictimization. *The American Journal of Psychiatry*, 161: 1417-1425.
- Goodman, W.K. et al. (1989): The Yale-Brown Obsessive and Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of general psychiatry*, 46 (11): 1012-1016.
- Gratz, K.L. (2001): Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 23: 253-263.
- Greydanus, D.E. & Shek, D. (2009): Deliberate Self-harm and Suicide in Adolescents. *The Keio Journal of Medicine*, 58 (3): 144-151.
- Hampel, R. & Selg, H.: FAF – Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren – Handanweisung, Göttingen: Hogrefe, 1998.
- Hautzinger, M. et al.: Beck-Depressions-Inventar (BDI), Bern: Hans Huber, 1994.
- Haw, C. et al. (2001): Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, 178: 48-54.
- Haw, C. & Hawton, K. (2011): Living alone and deliberate self-harm: a case-control study of characteristics and risk factors. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46 (11): 1115-1125.
- Hawton, K., Harriss, L. & Zahl, D. (2006): Deaths from all causes in a long-term follow-up study of 11,583 deliberate self-harm patients. *Psychol Med*, 36 (3): 397-405.

- Herpertz, S. et al. (1998): Experimenteller Nachweis mangelnder Affektregulation bei Patientinnen mit selbstschädigendem Verhalten. *Nervenarzt*, 69: 410-418.
- Herpertz, S. & Saß, H. (1994): Offene Selbstbeschädigung. *Nervenarzt*, 65: 296-306.
- Herpertz, S. & Saß, H. (1997): Impulsivität und Impulskontrolle. Zur psychologischen und psychopathologischen Konzeptionalisierung. *Nervenarzt*, 68: 171-183.
- Herpertz, S., Sass, H. & Favazza, A. (1997): Impulsivity in self-mutilative behavior: Psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatric Research*, 32 (4): 451-465.
- Hintikka, J. et al. (2009): Mental disorders in self-cutting adolescents. *The Journal of Adolescent Health*, 4 (5): 464-467.
- Hudson, J. I. et al. (2007): The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61 (3): 348-358.
- Jacobsen, D. et al. (2003): Reliabilität der deutschen Version der Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Verhaltenstherapie*, 13 (2): 111-113.
- Kaye, W.H. et al. (2004): Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 161 (12): 2215-2221.
- Klonsky, E.D. (2007): The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27(2): 226-239.
- Klonsky, E.D. & Moyer, A. (2008): Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 192: 166-170.
- Klonsky, E.D., Oltmanns, T.F. & Turkheimer, E. (2003): Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (8): 1501-1508.
- Lane, R.C. (2002): Anorexia, masochism, self-mutilation, and autoerotism: the spider mother, *The Psychoanalytic Review*, 89 (1): 101-123.
- Lloyd-Richardson, E.E. et al. (2007): Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*, 37 (8): 1183-1192.

- Mahadevan, S., Hawton, K. & Casey, D. (2010): Deliberate self-harm in Oxford University students, 1993-2005: a descriptive and case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45 (2): 211-219.
- McAuliffe, C. et al. (2006): Problem-solving ability and repetition of deliberate self-harm: a multicentre Study. *Psychological Medicine*, 36 (1): 45-55.
- McElroy, S.L., C. et al. (2005): Comorbidity of bipolar and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations?. *J Affect Disord.*, 86 (2-3): 107-127
- Muehlenkamp, J.J. et al. (2009): Emotional States Preceding and Following Acts of Non-Suicidal Self-Injury in Bulimia Nervosa Patients. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (1): 83-87.
- Nixon, M.K., Cloutier, P.F. & Aggarwal S. (2002): Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (11): 1333-1341.
- Nixon, M.K., Cloutier, P. & Jansson, S.M. (2008): Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Canadian Medical Association journal*, 178 (3): 306-312.
- Olfson, M. et al. (2005): Emergency treatment of young people following deliberate self-harm. *Archives of general psychiatry*, 62 (10): 1122-1128.
- Olfson, M., Gameroff, M.J. et al. (2005): National trends in hospitalisation of youth with intentional self-inflicted injury. *American Journal of Psychiatry*, 162 (7): 1328-1335.
- Pattison, E.M. & Kahan, J. (1983): The deliberate self-harm syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 140: 867-872.
- Patton, J.H., Stanford, M.S. & Barratt, E.S. (1995): Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51 (6): 768-774.
- Paul, T. et al. (2002): Self-Injurious Behavior in Women With Eating Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 159: 408-411.
- Paul, T. & Thiel, A.: EDI-2 Eating Disorder Inventory - 2 Manual - Deutsche Version. Göttingen: Hogrefe, 2005.
- Peebles, R., Wilson, J.L. & Lock, J.D. (2011): Self-Injury in Adolescents With Eating Disorders: Correlates and Provider Bias. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 48 (3): 310-313.

- Peñas-Lledó, E. et al. (2002): Impulsive Behaviors in Bulimic Patients: Relation to General Psychopathology. *The International Journal of Eating Disorders*, 32 (1): 98-102.
- Perez, M., Joiner T.E. jr. & Lewinsohn, P.M. (2004): Is major depressive disorder or dysthymia more strongly associated with bulimia nervosa? *The International Journal of Eating Disorder*, 36 (1): 55-61.
- Peterson, J. et al. (2008): Nonsuicidal Self injury in Adolescents, *Psychiatry (Edgmont)*, 5(11): 20-26.
- Pudel, V. & Westenhöfer, J.: Fragebogen zum Essverhalten (FEV), Göttingen: Hogrefe, 1989.
- Ramsay, R. et al. (1999): Compulsory treatment in anorexia nervosa. Short-term benefits and long-term mortality. *British Journal of Psychiatry*, 175: 147-153.
- Richter, J. et al.: TCI: das Temperament- und Charakter-Inventar, Lisse: Swets Test Publ., 1999.
- Romans, S.E. et al. (1995): Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *The American Journal of Psychiatry*, 152 (9): 1336-1342.
- Sansone, R.A., Levitt, J.L. & Sansone, L.A. (2005): The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*, 13 (1): 7-21.
- Sansone, R.A. & Sansone L.A. (2005): Borderline personality, self-harm behaviour, and treatment outcome among eating disorders. *Psychiatry (Edgmont)*, 2 (11): 30-32.
- Sansone, R.A. & Sansone L.A. (2010): Personality disorders as risk factors for eating disorders: clinical implications. *Nutrition in clinical practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 25 (2): 1167-121.
- Saß, H. et al.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM IV – Deutsche Bearbeitung, 2. Auflage, Göttingen: Hogrefe, 1998.
- Schmidt, U., Hodes, M. & Treasure, J. (1992): Early onset bulimia nervosa: Who is at risk? A retrospective case-control study. *Psychological Medicine* 22: 623-628.
- Schmidt, U. et al. (2008): Do adolescents with eating disorder not otherwise specified or full-syndrome bulimia nervosa differ in clinical severity, comorbidity, risk factors, treatment outcome or cost? *The International Journal of Eating Disorders*, 41 (6): 498-504.

- Simon, J., Schmidt, U. & Pilling, S. (2005): The health service use and cost of eating disorders. *Psychological medicine*, 35 (11): 1543-1551.
- Sinclair, J.M. et al. (2011): Healthcare and social services resource use and costs of self-harm patients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46 (4): 263-271.
- Skegg, K. (2005): Self-harm. *Lancet*, 366: 1471-1483.
- Slee, N. et al. (2008): Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 192: 202-211.
- Stanley, B. et al. (2001): Are Suicide Attempters Who Self-Mutilate a Unique Population? *The American Journal of Psychiatry*, 158: 427-432.
- Steiger, H. et al. (2001): Self-destructiveness and serotonin function in bulimia nervosa. *Psychiatry Research*, 103: 15-26.
- Stunkard, A.J. & Messick, S. (1985): The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29 (1):71-83.
- Svirko, E. & Hawton, K. (2007): Self-injurious behaviour and eating-disorders: the extent and nature of the association. *Suicide Life Threatening Behavior*, 37: 409-421.
- Swinbourne, J.M. & Touyz, S.W. (2007): The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 15 (4): 253-274.
- Townsend, E. et al. (2001): The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological medicine*, 31 (6): 979-988.
- Treasure, J., Claudino, A.M. & Zucker, N. (2010): Eating disorders. *Lancet*, 375 (9714): 583-593.
- van der Kolk, B.A., Perry, J.C. & Herman, J.L. (1991): Childhood origins of self-destructive behavior, *The American Journal of Psychiatry*, 148 (12): 1665-1671.
- Verheul, R. et al. (2003): Dialectical behaviour therapy for women with borderline Personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in the Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 182: 135-140.



- Waxman, S.E. (2009): A Systematic Review of Impulsivity in Eating Disorders, *European Eating Disorders Review*, 17: 408-425.
- Whitlock, J., Eckenrode, J. & Silverman, D. (2006): Self-injurious Behaviors in a College Population, *Pediatrics*, 117: 1939-1948.
- Wittchen, H.U. et al.: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV – Achse I: Psychische Störungen (SKID-I), Göttingen: Hogrefe, 1997.
- Yaryura-Tobias, J.A., Neziroglu, F.A. & Kaplan, S. (1995): Self-Mutilation, Anorexia, and Dysmenorrhea in Obsessive Compulsive Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 17 (1): 33-38.
- Yates, T.M. (2004): The developmental psychopathology of self-injurious behaviour: compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24 (1): 35-74.
- Young, R. et al. (2007): Young people who self-harm. *The British Journal of Psychiatry*, 191: 44-49.
- Zahl, D.L. & Hawton, K. (2004): Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow up study of 11583 patients. *The British Journal of Psychiatry*, 185: 70-75.

## Anhang

### A. Ergebnisse der Datenerhebung bei "Respondern" und "Katamnese Non-Respondern"

Tabelle A 1 Verteilung der soziodemographischen Merkmale bei „Respondern“ und „Katamnese Non-Respondern“ bei Aufnahme, erfasst bei Aufnahme

	„Respondern“ N=33 N (%)	„Katamnese Non-Respondern“ N=23 N (%)	Chi <sup>2</sup> -Test
<b><u>Familienstand</u></b>			
Ledig ohne Partner	19 (57,6%)	17 (73,9%)	
Ledig mit Partner	10 (30,3%)	4 (17,4%)	
Verheiratet	2 (6,1%)	1 (4,3%)	
Geschieden, verwitwet ohne Partner	2 (6,1%)	1 (4,3%)	
Chi <sup>2</sup> -Test (df =3)			ns
<b><u>Schulabschluss</u></b>			
Geringerer Schulabschluss	18 (72,0%)	7 (33,3%)	
Hauptschule	3 (12,0%) <sup>1</sup>	0 (0,0%)	
Realschule, Fachschule ohne Abschluss	13 (52,0 %) <sup>1</sup>	3 (14,3%) <sup>2</sup>	
Realschule, Fachschule mit Abschluss	2 (8,0%) <sup>1</sup>	2 (9,5%) <sup>2</sup>	
Gymnasium, höhere Fachschule ohne Abschluss	0 (0,0%)	2 (9,5%) <sup>2</sup>	
Höherer Schulabschluss	7 (28,0%)	14 (66,7%)	
Abitur	1 (4,0%) <sup>1</sup>	6 (28,6%) <sup>2</sup>	
Höhere Fachschule mit Abschluss	6 (24,0%) <sup>1</sup>	5 (23,8%) <sup>2</sup>	
Hochschule ohne Abschluss	0 (0,0%)	1 (4,8%) <sup>2</sup>	
Hochschule mit Abschluss	0 (0,0%)	2 (9,5%) <sup>2</sup>	
Chi <sup>2</sup> -Test (df=1)			6,9 <sup>a</sup>
Geringerer versus höherer Schulabschluss			
Chi <sup>2</sup> -Test (df=7)			17,7 <sup>b</sup>
Einzelne Schulabschlüsse			

<b>Beruf</b>			
Freiberuflich tätig	1 (3,2%) <sup>3</sup>	2 (9,5%) <sup>2</sup>	
Höhere Position, Beamte/Angestellte	1 (3,2%) <sup>3</sup>	0 (0,0%)	
Arbeiter/Facharbeiter	8 (25,8%) <sup>3</sup>	3 (14,3%) <sup>2</sup>	
Hausfrau	0 (0,0%)	1 (4,8%) <sup>2</sup>	
Studentin	16 (51,6%) <sup>3</sup>	11 (52,4%) <sup>2</sup>	
Arbeitslos	4 (12,9%) <sup>3</sup>	4 (19,0%) <sup>2</sup>	
Sonstiges	1 (3,2%) <sup>3</sup>	0 (0,0%)	
Chi <sup>2</sup> -Test (df=6)			ns

ns = nicht signifikant; <sup>a)</sup> =  $p < 0,05$ ; <sup>b)</sup> =  $p = 0,009$

Anmerkung: <sup>1)</sup> N=25; <sup>2)</sup> N=21; <sup>3)</sup> N=31

Tabelle A 2 Alter und Gewicht von „Respondern“ und „Katamnese Non-Respondern“ bei Aufnahme, erfasst bei Aufnahme

	<b>„Responder“ N=33 M (SD)</b>	<b>„Katamnese Non-Responder“ N=23 M (SD)</b>	<b>t-Test (df=54)</b>
Alter	24,55 (6,90)	22,06 (5,70)	ns
Body Mass Index bei Aufnahme	16,77 (22,63)	14,77 (26,08)	ns
Body Mass Index, niedrigster Wert Lifetime	16,96 (4,61)	15,66 (3,76)	ns

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ns = nicht signifikant

Tabelle A 3 Verteilung der Essstörungsdiagnosen (SIAB-S; DSM IV) bei „Respondern“ und „Katamnese Non-Respondern“ bei Aufnahme, erfasst bei Aufnahme

	„Responder“ N=33 N (%)	„Katamnese Non-Responder“ N=23 N (%)	Chi <sup>2</sup> -Test (df=1)
<b>Anorektische Störungen</b>	12 (36,4%)	16 (69,6%)	6,0 <sup>a</sup>
AN	8 (25,0%) <sup>1</sup>	7 (30,4%)	
NNB Typ1	1 (3,1%) <sup>1</sup>	2 (8,7%)	
NNB Typ2	3 (9,1%)	7 (30,4%)	
<b>Bulimische Störungen</b>	19 (57,6%)	10 (43,5%)	ns
BN	13 (40,6%) <sup>1</sup>	4 (18,2%) <sup>2</sup>	
NNB Typ3	2 (6,3%) <sup>1</sup>	6 (26,1%)	
NNB Typ4	4 (12,9%) <sup>3</sup>	0 (0,0%)	
<b>NNB Typ5</b>	2 (6,1%)	1 (4,3%)	ns
<b>NNB Typ 6/ Binge-Eating Störung</b>	0 (0,0%)	1 (4,3%)	ns

SIAB-S = Strukturiertes Inventar zur Erfassung von Anorektischen und Bulimischen Eßstörungen – Selbstbeurteilungsverfahren; AN = Anorexia Nervosa; BN = Bulimia Nervosa; NNB = Nicht näher bezeichnete Essstörung; ns = nicht signifikant; <sup>a</sup>) = p < 0,05  
Anmerkung: <sup>1</sup>) N=32; <sup>2</sup>) N=22; <sup>3</sup>) N=31

Tabelle A 4 Verteilung der Essstörungsdiagnosen (SIAB-S; DSM IV) bei „Respondern“ und „Katamnese Non-Respondern“ Lifetime, erfasst bei Aufnahme

	„Responder“ N=33 N (%)	„Katamnese Non-Responder“ N=23 N (%)	Chi <sup>2</sup> -Test (df=1)
<b>Anorektische Störung</b>	17 (51,5%)	14 (60,9%)	ns
AN	5 (15,2%)	9 (39,1%)	
NNB Typ1	9 (28,1%) <sup>2</sup>	4 (17,4%)	
NNB Typ2	4 (12,1%)	2 (9,1%) <sup>1</sup>	
<b>Bulimische Störung</b>	15 (45,5%)	5 (21,7%)	ns
BN	10 (30,3%)	2 (9,1%) <sup>1</sup>	
NNB Typ3	4 (12,1%)	2 (8,7%)	
NNB Typ4	1 (3,0%)	1 (4,5%) <sup>1</sup>	
<b>NNB Typ5</b>	3 (9,1%)	2 (8,7%)	ns
<b>NNB Typ 6/ Binge-Eating Störung</b>	2 (6,7%) <sup>3</sup>	1 (4,5%) <sup>1</sup>	ns

SIAB-S = Strukturiertes Inventar zur Erfassung von Anorektischen und Bulimischen Eßstörungen – Selbstbeurteilungsverfahren; AN = Anorexia Nervosa; BN = Bulimia Nervosa; NNB = Nicht näher bezeichnete Essstörung; ns = nicht signifikant  
Anmerkung: <sup>1</sup>) N=22; <sup>2</sup>) N=32; <sup>3</sup>) N=30

Tabelle A 5 Summenwerte des Strukturierten Inventars für Anorektische und Bulimische Eßstörungen, Fragebogen zur Selbsteinschätzung (SIAB-S), bei „Respondern“ und „Katamnese Non-Respondern“, erfasst bei Aufnahme

	„Responder“ N=33 M (SD)	„Katamnese Non-Responder“ N=23 M (SD)	t-Test (df=54)
<b><u>Lifetime (Maximum)</u></b>			
Körperbild	1,45 (0,88)	1,68 (0,87)	ns
Allgemeine Psychopathologie	2,09 (0,74)	2,03 (0,95)	ns
Sexualität	2,02 (1,09)	1,96 (1,15)	ns
Bulimische Symptome	2,31 (1,18)	2,46 (1,19)	ns
Gegensteuernde Maßnahmen	0,97 (0,72)	0,82 (0,56)	ns
Atypische Essanfälle	1,81 (0,62)	1,83 (0,77)	ns
Schlankheitsideal	2,19 (0,99)	2,28 (1,20)	ns
Gesamt	1,81 (0,62)	1,83 (0,77)	ns
<b><u>Bei Aufnahme</u></b>			
(letzte 3 Monate)			
Körperbild	2,48 (0,87)	2,66 (0,96)	ns
Allgemeine Psychopathologie	2,10 (0,79)	2,20 (0,57)	ns
Sexualität und Körpergewicht	2,01 (1,05)	2,33 (1,12)	ns
Bulimische Symptome	2,24 (1,30)	2,39 (1,36)	ns
Gegensteuernde Maßnahmen	0,63 (0,58)	0,67 (0,45)	ns
Atypische Essanfälle	1,45 (1,14)	1,10 (1,09)	ns
Gesamt	1,83 (0,51)	1,94 (0,44)	ns

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ns = nicht signifikant

Tabelle A 6 Summenwerte des Eating Disorder Inventory (EDI-2) bei „Respondern“ und „Katamnese Non-Respondern“, erfasst bei Aufnahme

	<b>„Responder“ N=33 M (SD)</b>	<b>„Katamnese Non-Responder“ N=27 M (SD)</b>	<b>t-Test (df=54)</b>
<b>Gesamtscore</b>	92,96 (29,49)	92,91 (29,11)	ns
Drang dünn zu sein	14,06 (5,36)	12,26 (6,18)	ns
Bulimie	8,67 (6,67) <sup>1</sup>	6,83 (5,88)	ns
Körperliche Unzufriedenheit	18,97 (7,30)	20,04 (7,52)	ns
Ineffektivität	14,43 (7,06)	14,83 (6,74)	ns
Perfektionismus	8,50 (4,67)	7,64 (4,80)	ns
Zwischenmenschliches Misstrauen	8,58 (5,38)	8,87 (4,43)	ns
Interozeption	13,64 (6,42)	13,44 (6,73)	ns
Angst vor Erwachsenwerden	5,80 (4,22)	9,00 (5,29)	2,5 <sup>a</sup>
Asketismus	9,58 (5,53) <sup>1</sup>	8,00 (5,27)	ns
Impulsregulation	10,58 (6,84)	8,80 (4,24)	ns
Soziale Unsicherheit	10,03 (5,57)	10,12 (4,31)	ns

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ns = nicht signifikant; \* =  $p < 0,05$

Anmerkung: <sup>1)</sup> N=32

Tabelle A 7 Summenwerte des Fragebogens zum Essverhalten (FEV) bei „Respondern“ und „Katamnese Non-Respondern“, erfasst bei Aufnahme

	<b>„Responder“ N=33 M (SD)</b>	<b>„Katamnese Non-Responder“ N=23 M (SD)</b>	<b>t-Test (df=54)</b>
Kognitive Kontrolle	13,49 (5,80)	15,59 (4,10) <sup>1</sup>	ns
Disinhibition	8,94 (4,74)	9,27 (4,63) <sup>1</sup>	ns
Hunger	7,21 (4,29)	6,57 (4,29)	ns

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ns = nicht signifikant

Anmerkung: <sup>1)</sup> N=22

Tabelle A 8 Summenwert des Beck-Depressions-Inventars (BDI) bei „Respondern“ und „Katamnese Non-Respondern“, erfasst bei Aufnahme

	<b>„Responder“ N=33 M (SD)</b>	<b>„Katamnese Non-Responder“ N=23 M (SD)</b>	<b>t-Test (df=54)</b>
Beck-Depressions-Index	28,25 (11,32)	30,48 (12,79)	ns

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ns = nicht signifikant

Tabelle A 9 Summenwerte der Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R) bei „Respondern“ und „Katamnese Non-Respondern“, erfasst bei Aufnahme

	<b>„Responder“ N=33 M (SD)</b>	<b>„Katamnese Non-Responder“ N=21 M (SD)</b>	<b>t-Test (df=52)</b>
Global severity index	1,61 (0,79) <sup>1</sup>	1,61 (0,69)	ns
Positive symptom total	59,25 (20,67) <sup>1</sup>	64,52 (15,50)	ns
Positive symptom distress index	2,32 (0,61) <sup>1</sup>	2,18 (0,58)	ns
Somatisierung	1,51 (0,93)	1,45 (0,86)	ns
Zwanghaftigkeit	1,61 (0,97) <sup>1</sup>	1,88 (0,90)	ns
Unsicherheit im Sozialkontakt	2,15 (1,00) <sup>1</sup>	2,02 (0,88)	ns
Depressivität	2,00 (0,86) <sup>1</sup>	2,22 (0,84)	ns
Ängstlichkeit	1,55 (0,91)	1,61 (0,95) <sup>2</sup>	ns
Aggressivität und Feindseligkeit	1,34 (0,93)	1,05 (0,72)	ns
Phobische Angst	1,06 (0,87)	0,96 (0,65)	ns
Paranoides Denken	1,44 (0,87)	1,23 (0,64)	ns
Psychotizismus	1,25 (0,91) <sup>1</sup>	1,22 (0,74)	ns

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ns = nicht signifikant

Anmerkung: <sup>1)</sup> N=32; <sup>2)</sup> N=20

## B Ergebnisse der Datenerhebung von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung

Tabelle B 1 Verteilung der Arten des sexuellen Missbrauchs bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	SV SM-Art 1 Nges.=21 N (%)	SV SM-Art 2 Nges.=21 N (%)	SV SM-Art 3 Nges.=21 N (%)	NSV SM 1 Nges.=6 N (%)	NSV SM 2 Nges.=6 N (%)	NSV SM 3 Nges.=6 N (%)
<b><u>A) Taten ohne Körperkontakt</u></b>						
Exhibitionismus	1 (4,8%)	2 (9,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Verbale Annäherung/ Gesten	3 (14,3%)	2 (9,5%)	1 (4,8%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)
Zeigen von Bildern/ Filmen	1 (4,8%)	1 (4,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b><u>B) Taten mit Körperkontakt ohne Gewaltanwendung</u></b>						
Kuss	4 (19,1%)	1 (4,8%)	1 (4,8%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)
Berühren müssen an primären und/oder sekundären Geschlechtsteilen	3 (14,3%)	3 (14,3%)	1 (4,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Berührt werden an primären und/oder sekundären Geschlechtsteilen	5 (23,8%)	3 (14,3%)	1 (4,8%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b><u>C) Taten mit Körperkontakt, mit Gewaltanwendung</u></b>						
Versuchte Vergewaltigung	2 (9,5%)	1 (4,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Vergewaltigung - oraler Verkehr	2 (9,5%)	0 (0,0%)	1 (4,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Vergewaltigung - analer Verkehr	4 (19,1%)	0 (0,0%)	1 (4,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Vergewaltigung - vaginaler Verkehr	9 (42,9%)	2 (9,5%)	2 (9,5%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; SM = Sexueller Missbrauch; ges. = gesamt

Anmerkung: SM-Art 1-3: Von Probandin genannte Art des sexuellen Missbrauchs, nummeriert nach persönlicher Bedeutung



Tabelle B 2 Zeitraum, Häufigkeit und Alter bei Beginn des sexuellen Missbrauchs bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	SV N=21 N (%)	NSV N (%)
<b><u>Zeitraum des SM</u></b>		
< 1 Jahr	7 (33,3%)	3 (50,0%)
1 bis < 5 Jahre	4 (19,1%)	2 (33,3%)
>= 5 Jahre	6 (28,6%)	1 (16,7%)
<b><u>Häufigkeit des SM</u></b>		
Einmaliges Ereignis	7 (33,3%)	1 (16,7%)
2 – 3 mal	0 (0,0%)	2 (33,3%)
> 3 mal	11 (52,5%)	3 (50,0%)
Kein Angabe möglich	3 (14,2%)	0 (0,0%)
<b><u>Alter bei Beginn des SM</u></b>		
< 6 Jahre	2 (9,5%)	0 (0,0%)
6 – 11 Jahre	4 (19,1%)	1 (16,7%)
12 – 17 Jahre	13 (61,9%)	1 (16,7%)
> 17 Jahre	2 (9,5%)	4 (66,7%)

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten;  
SM = Sexueller Missbrauch

Tabelle B 3 Beziehung zwischen Opfer und Täter des sexuellen Missbrauchs für die genannten Missbrauchsarten bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	SV SM-Art 1 N=21 N (%)	SV SM-Art 2 N=21 N (%)	SV SM-Art 3 N=21 N (%)	NSV SM-Art 1 N=6 N (%)	NSV SM-Art 2 N=6 N (%)	NSV SM-Art 3 N=6 N (%)
<b><u>Täterperson</u></b>						
<b><u>aus der Familie</u></b>						
Vater	1 (4,8%)	1 (4,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Stiefvater	1 (4,8%)	1 (4,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Mutter	1 (4,8%)	0 (0,0%)	1 (4,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Schwester	0 (0,0%)	1 (4,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Onkel	4 (19,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Großvater	1 (4,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b><u>Täterperson</u></b>						
<b><u>nicht aus der Familie</u></b>						
Freund	1 (4,8%)	1 (4,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Bekannter	2 (9,5%)	2 (9,5%)	1 (4,8%)	2 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Nachbar	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Partner	6 (28,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Chef	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)
Fremde Person	0 (0,0%)	4 (28,6%)	0 (0,0%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; SM = Sexueller Missbrauch  
 Anmerkung: SM-Art 1-3: Von Probandin genannte Art des sexuellen Missbrauchs, nummeriert nach persönlicher Bedeutung

Tabelle B 4 Charakteristika und Folgen der genannten sexuellen Missbrauchsarten bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	<b>SV</b> <b>SM-Art 1</b> <b>Nges.=21</b> <b>N (%)</b>	<b>SV</b> <b>SM-Art 2</b> <b>Nges.=21</b> <b>N (%)</b>	<b>SV</b> <b>SM-Art 3</b> <b>Nges.=21</b> <b>N (%)</b>	<b>NSV</b> <b>SM-Art 1</b> <b>Nges.=6</b> <b>N (%)</b>	<b>NSV</b> <b>SM-Art 2</b> <b>Nges.=6</b> <b>N (%)</b>	<b>NSV</b> <b>SM-Art 3</b> <b>Nges.=6</b> <b>N (%)</b>
Täter aus demselben Haushalt	5 (23,8%)	3 (14,3%)	1 (4,8%)	2 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung	7 (33,3%)	1 (4,8%)	1 (4,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Schwangerschaft durch SM	1 (4,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Schwangerschaftsabbruch	1 (4,8%)					
Gespräch mit Therapeuten oder anderer Person	13 (61,9%)	3 (14,3%)	1 (4,8%)	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)
Anzeige des SM bei der Polizei	2 (9,5%)	1 (4,8%)	1 (4,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Anzeige des Täters bei der Polizei	2 (9,5%)	0 (0,0%)	1 (4,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Verurteilung des Täters	2 (9,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; SM = Sexueller Missbrauch; ges. = gesamt

Anmerkung: SM-Art 1-3: Von Probandin genannte Art des sexuellen Missbrauchs, nummeriert nach persönlicher Bedeutung

Tabelle B 5 Verteilung der Arten der körperlichen Misshandlung bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	SV KM-Art 1 Nges.=18 N (%)	SV KM-Art 2 Nges.=18 N (%)	SV KM-Art 3 Nges.=18 N (%)	NSV KM-Art 1 Nges.=6 N (%)	NSV KM-Art 2 Nges.=6 N (%)	NSV KM-Art 3 Nges.=6 N (%)
<b>Einschränkung in der Bewegungsfreiheit</b>	1 (5,6%)	1 (5,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b><u>Körperliche Gewaltanwendung</u></b>						
Geschlagen	16 (88,9%)	6 (33,3%)	1 (5,6%)	6 (100,0%)	4 (66,7%)	0 (0,0%)
Gefoltert	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Opfer eines rituellen Missbrauchs	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Anderes	5 (27,8%)	2 (11,1%)	1 (5,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; KM = Körperliche Misshandlung; ges. = gesamt  
 Anmerkung: KM-Art 1-3: Von Probandin genannte Art der körperlichen Misshandlung, nummeriert nach persönlicher Bedeutung

Tabelle B 6 Zeitraum, Häufigkeit und Alter bei Beginn der körperlichen Misshandlung bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	SV N=18 N (%)	NSV N=6 N (%)
<b><u>Zeitraum der KM</u></b>		
< 1 Jahr	3 (16,7%)	0 (0,0%)
1 bis < 5 Jahre	5 (27,8%)	0 (0,0%)
>= 5 Jahre	6 (33,3%)	5 (83,3%)
Keine Angabe möglich	4 (22,2%)	1 (16,7%)
<b><u>Häufigkeit der KM</u></b>		
Einmaliges Ereignis	2 (11,1%)	0 (0,0%)
2 – 10 mal	3 (16,7%)	1 (16,7%)
> 10 mal	11 (61,1%)	4 (66,7%)
Keine Angabe möglich	2 (11,1%)	1 (16,7%)
<b><u>Alter bei Beginn der KM</u></b>		
< 6 Jahre	6 (33,3%)	2 (33,3%)
6 – 11 Jahre	4 (22,2%)	0 (0,0%)
12 – 17 Jahre	5 (27,8%)	0 (0,0%)
> 17 Jahre	2 (11,1%)	1 (16,7%)
Keine Angabe möglich	1 (5,6%)	3 (50,0%)

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten;  
KM = Körperliche Misshandlung

Tabelle B 7 Beziehung zwischen Opfer und Täter der körperlichen Misshandlung für die genannten Misshandlungsarten bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	SV KM-Art 1 N=18 N (%)	SV KM-Art 2 N=18 N (%)	SV KM-Art 3 N=18 N (%)	NSV KM-Art 1 N=6 N (%)	NSV KM-Art 2 N=6 N (%)	NSV KM-Art 3 N=6 N (%)
<b><u>Täterperson</u></b>						
<b><u>aus der Familie</u></b>						
Vater	6 (33,3%)	1 (5,6%)	0 (0,0%)	4 (66,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Mutter	2 (11,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (33,3%)	2 (33,3%)	0 (0,0%)
Onkel	1 (5,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Großmutter	2 (11,1%)	1 (5,6%)	0 (0,0%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)
<b><u>Täterperson</u></b>						
<b><u>nicht aus der Familie</u></b>						
Partner	5 (27,8%)	4 (22,2%)	0 (0,0%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Arbeitgeber	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)
Fremde Person	1 (5,6%)	1 (5,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Andere Person	1 (5,6%)	0 (0,0%)	1 (5,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; KM = Körperliche Misshandlung  
 Anmerkung: KM-Art 1-3: Von Probandin genannte Art der körperlichen Misshandlung, nummeriert nach persönlicher Bedeutung

Tabelle B 8 Charakteristika und Folgen der genannten körperlichen Misshandlungsarten bei Frauen mit und ohne selbstverletzendes Verhalten, erfasst bei Katamnese

	<b>SV KM-Art 1 Nges.=18 N (%)</b>	<b>SV KM-Art 2 Nges.=18 N (%)</b>	<b>SV KM-Art 3 Nges.=18 N (%)</b>	<b>NSV KM-Art 1 Nges.=6 N (%)</b>	<b>NSV KM-Art 2 Nges.=6 N (%)</b>	<b>NSV KM-Art 3 Nges.=6 N (%)</b>
Täter aus demselben Haushalt	10 (55,6%)	3 (16,7%)	0 (0,0%)	6 (100,0%)	4 (66,7%)	0 (0,0%)
Bleibende körperliche Schäden	3 (16,7%)	2 (11,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung	2 (11,1%)	2 (11,1%)	0 (0,0%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)
Gespräch mit Therapeuten oder anderer Person	10 (55,6%)	2 (11,1%)	1 (5,6%)	4 (66,7%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)
Anzeige der KM bei der Polizei	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Anzeige des Täters bei der Polizei	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

SV = Frauen mit selbstverletzendem Verhalten; NSV = Frauen ohne selbstverletzendes Verhalten; KM= Körperliche Misshandlung; ges. = gesamt  
 Anmerkung: KM-Art 1-3: Von Probandin genannte Art des Körperlichen Missbrauchs, nummeriert nach persönlicher Bedeutung

## **C. Eidesstattliche Versicherung**

Grünzner, Juliane Elisabeth

Ich erkläre hiermit an Eides statt,  
dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

*„Selbstverletzendes Verhalten bei Essstörungen – Unterschiede in der Ausprägung der Psychopathologie von Frauen mit Essstörungen mit selbstverletzendem Verhalten im Vergleich zu einer Stichprobe von Frauen mit Essstörungen ohne selbstverletzendes Verhalten“*

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 01.07.2014